

## COFIDIS MASTERCARD GOLD – NOTICE D'INFORMATION

<b>TABLEAU DES GARANTIES</b>	
Toutes les indemnisations sont indiquées <b>par personne assurée</b> et <b>par Voyage</b> , sauf indication contraire	
<b>Section A – Informations aux voyageurs</b>	
Informations aux voyageurs	Inclus
<b>Section B – Départ retardé / Non-admission à bord d'un avion / Correspondance manquée</b>	
Départ retardé, plus de 4 heures, montant maximum total pour toutes les Personnes Assurées voyageant ensemble	jusqu'à 125 €
<b>Section C – Retard de livraison de bagages</b>	
Plus de 4 heures, montant maximum total pour toutes les Personnes Assurées voyageant ensemble	jusqu'à 125 €
<b>Section D – Assistance médicale d'urgence</b>	
Évacuation / rapatriement sanitaire	Inclus
Rapatriement suite à prise en charge médicale	Inclus
Chambre d'hôtel pour convalescence	Inclus
Visite d'urgence	Inclus
Rapatriement de dépouille mortelle	Inclus
<b>Section E – Indemnité hospitalisation</b>	
Indemnité hospitalisation, maximum	jusqu'à 750 €
- par jour, maximum 30 jours	jusqu'à 25 €
<b>Section F – Accident de voyage</b>	
Accident de voyage avec un Moyen de Transport Public, maximum	jusqu'à 25 000 €
- Invalidité permanente totale, Perte de membres, Perte de la vue (personnes âgées de 70 ans et moins)	jusqu'à 25 000 €
- Pertes en vies humaines (personnes âgées de 18 à 70 ans)	25 000 €
- Pertes en vies humaines (personnes âgées de 17 ans et moins)	2 000 €
- Toutes garanties (personnes âgées de 70 ans et plus)	2 000 €
<b>Section G – Garantie du meilleur prix</b>	
Maximum par événement et par période de 365 jours	750 €
Montant d'achat minimum	50 €
<b>Section H – Assurance Achats</b>	
Plafond par événement et par période de 365 jours	1 500 €
Minimum par article	50 €
<b>Section I – Attaque de distributeur automatique</b>	
Maximum par événement et par période de 365 jours	500 €

### SOMMAIRE

1. INTRODUCTION .....	2
2. INFORMATIONS IMPORTANTES.....	2
3. DÉFINITIONS.....	3
4. AIDE D'URGENCE.....	4
5. ACCORDS DE RÉCIPROCITÉ EN MATIÈRE DE SOINS MÉDICAUX .....	4
6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	5
7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	6
8. ACTIVITÉS SPORTIVES ET DIVERSES.....	7
SECTION A - INFORMATIONS AUX VOYAGEURS .....	7
SECTION B - DÉPART RETARDÉ.....	7
SECTION C - RETARD DE LIVRAISON DE BAGAGES.....	8
SECTION D - ASSISTANCE MÉDICALE, FRAIS MÉDICAUX ET AUTRES DÉPENSES À L'ÉTRANGER .....	9
SECTION E - INDEMNITÉ HOSPITALISATION .....	10
SECTION F - ACCIDENT DE VOYAGE.....	10
SECTION G - GARANTIE DU MEILLEUR PRIX.....	10
SECTION H - ASSURANCE ACHATS .....	11
SECTION I - ATTAQUE DE DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE.....	13
9. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE D'INDEMNISATION.....	13
10. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION .....	13
11. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES .....	14
12. ANNULATION DES GARANTIES .....	14

## 1. INTRODUCTION

Le présent document n'est pas un contrat d'assurance mais il récapitule les garanties qui **vous** sont offertes dans la mesure où **vous** détenez une carte MasterCard Gold by Cofidis. La mise à disposition de ces garanties est permise en vertu d'une police d'assurance souscrite par et émise en faveur de Cofidis par Inter Partner Assistance SA (police numéro 5534528).

Cofidis est le seul **Souscripteur** en vertu de la Police d'assurance et seule cette société possède des droits propres au titre de la police à l'encontre de l'Assureur. Ce contrat ne **vous** confère aucun droit direct en vertu de la Police d'assurance ; néanmoins, il **vous** permet, en tant que **Détenteur de Carte** MasterCard Gold by Cofidis, de profiter de certaines garanties. Un strict respect des conditions générales du présent accord est requis si **vous** voulez bénéficier des garanties y afférentes.

### ÉLIGIBILITÉ

Les garanties récapitulées dans le présent document sont conditionnées au fait que **vous** soyez un **Détenteur de Carte** MasterCard Gold by Cofidis en règle au moment de la survenance de tout sinistre donnant lieu à une demande d'indemnisation. Cofidis **vous** informera en cas de modifications substantielles des présentes conditions générales ou si la police assurant les garanties énoncées dans le présent accord est résiliée ou prend fin sans être renouvelée dans des termes équivalents.

Le présent document constitue **votre** guide des garanties et l'accord que **vous** avez passé avec **nous**. Il décrit le détail des garanties, conditions et exclusions qui s'appliquent au **Détenteur de Carte** Cofidis et sert de base sur laquelle toutes vos déclarations de sinistres seront réglées.

### ASSUREUR

Les garanties au titre de la présente Police sont souscrites par Inter Partner Assistance SA (IPA), dont le siège social en Irlande est sis au 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 906006) et qui est soumis à l'autorité de la Banque centrale irlandaise. IPA est une succursale d'Inter Partner Assistance SA, société belge sise Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruxelles, qui est autorisée à exercer par la Banque nationale de Belgique. Certains des services fournis au titre de la présente Police seront fournis par le représentant d'IPA, AXA Travel Insurance (numéro d'immatriculation de la société : 426087), sis à la même adresse en Irlande. Toutes ces sociétés font partie du Groupe AXA Assistance.

### SOUSCRIPTEUR

Cofidis, Chaussée de Lille 422A, 7501, Orcq, Belgium

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **état préexistant** ne sont pas couvertes.

2. Les demandes d'indemnisation portant sur des événements survenus alors que **vous** voyagez contre l'avis d'une **autorité médicale** (ou si vous aviez voyagé contre l'avis d'une **autorité médicale** dans l'hypothèse où **vous** auriez consulté auparavant) ne sont pas couvertes.
3. Les demandes d'indemnisation portant sur des événements survenus alors que **vous** entrepreniez un voyage à l'étranger dans le but d'obtenir un traitement ou une consultation médicale ne sont pas couvertes.
4. Les demandes d'indemnisation découlant d'un symptôme non diagnostiqué qui requiert une attention toute particulière ou un examen dans le futur (c'est-à-dire un symptôme pour lequel **vous** attendez des examens ou des consultations, ou des résultats d'examens, lorsque la cause sous-jacente n'a pas été établie) ne sont pas couvertes.
5. En cas de survenance de tout sinistre donnant lieu à une demande d'indemnisation, la structure vous administrant les soins ou **vous-même** devez **nous** contacter dans les plus brefs délais au +32 78 156 012.
6. Les présentes garanties seront régies par le droit belge.
7. La durée de tout **voyage** ne peut dépasser 30 jours consécutifs avec un maximum de 183 jours de voyage sur une période de 12 mois. À noter que si **votre voyage** est plus long que la durée maximum, les garanties ne s'appliqueront à aucune partie de ce **voyage**. Les **Voyages** doivent commencer et se terminer dans le **pays de résidence**. Les **Voyages** effectués au moyen de billets aller simple ou aller simple ouverts ne sont pas couverts à moins que les titres de transport de voyage à destination ou en provenance de l'étranger aient été achetés avant le début du **voyage**. Les **Voyages** effectués exclusivement dans le **Pays de Résidence** ne sont couverts que si **vous** voyagez à plus de 100 kilomètres de **votre domicile** et que si **vous** avez réservé contre paiement au moins deux nuits auprès d'un prestataire de services d'hébergement opérant dans les règles.
8. Pour pouvoir être éligible aux garanties énoncées dans la présente Notice d'information, **vous** devez régler **votre Voyage** entièrement avec **votre** carte MasterCard Gold by Cofidis et les éventuelles cautions de voyage et/ou d'hébergement doivent être prélevées sur **votre Carte Couverte**.
9. La couverture des garanties de la Section E – Indemnité hospitalisation est exclue dans le **Pays de Résidence**.

### SUBROGATION

**Vos** garanties voyage n'interviennent qu'en tant que payeur secondaire par rapport à toute autre couverture voyage dont **vous** êtes éventuellement bénéficiaire au moment où intervient une demande d'indemnisation. **Vous** devez présenter au préalable une demande d'indemnisation en vertu de toute autre police d'assurance, indemnisation, garantie ou toute autre source de demande d'indemnisation à concurrence du plafond de garantie. Une fois ce plafond atteint, **nous** prendrons le relais. **Nous** ne couvrirons aucuns frais pour lesquels il existe une

autre police d'assurance, indemnisation, garantie ou un autre assureur maladie ou toute autre source couvrant la même perte, le même dommage, les mêmes frais ou la même responsabilité (la présente disposition ne s'applique pas à la Section F – Accident de voyage).

### 3. DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, chaque mot ou expression dont la définition figure ici aura le même sens tout au long du tableau des garanties et apparaîtra en gras. Des définitions spécifiques se rapportant à cette section du Tableau des garanties peuvent également être listées : celles-ci seront positionnées en tête de cette section.

#### **Vous/votre/vos/personnes assurées**

– le **Détenteur de Carte** et son époux/épouse ou partenaire légal (tout couple engagé dans une union de fait, habitant en permanence à la même adresse), leurs enfants non mariés, âgés de moins de 21 ans et financièrement dépendants (conformément aux réglementations du **Pays de Résidence**) du **Détenteur de Carte**, habitant tous dans le **Pays de Résidence** et prenant part à un **Voyage**.

Les **Personnes Assurées** sont couvertes par les garanties lorsqu'elles voyagent indépendamment l'une de l'autre, à l'exception des sections suivantes :

Section B – Départ retardé

Section C – Retard de livraison de bagages pour lesquelles toutes les **Personnes Assurées** doivent entreprendre leur **Voyage** avec et jusqu'à la même destination que le **Détenteur de Carte**.

Pour pouvoir être éligible aux garanties énoncées dans la présente Notice d'information, **vous** devez régler **vosre Voyage** entièrement avec **vosre Carte Couverte** (les éventuelles cautions de voyage et/ou d'hébergement doivent être prélevées sur **vosre Carte Couverte**).

#### **Nous/Notre/Nos**

– le prestataire de service, dépendant d'AXA Travel Insurance 10/11 Mary Street, Dublin 1, Irlande (numéro d'immatriculation de la société 426087).

#### **Mauvaises conditions climatiques**

– pluie, vent, brouillard, tonnerre ou éclair, inondation, neige fondue, grêle, ouragan, cyclone, tornade ou tempête tropicale qui n'est pas causé par ou ne trouve pas son origine dans un événement géologique ou une catastrophe naturelle comme, notamment, un tremblement de terre, une éruption volcanique ou un tsunami.

#### **Attaque(attaqué/e)**

– toute violence physique, ou menace, de la part d'un tiers (une personne autre qu'un **Parent Proche** ou un compagnon de voyage) dans le but de **vous** dérober vos biens.

#### **Bagages**

– vêtements, effets personnels, bagages et autres

objets qui **vous** appartiennent et que **vous** portez, utilisez ou transportez lors de tout **voyage**.

#### **Tableau des Garanties**

– tableau énumérant les montants d'indemnisation et figurant à la page 1.

#### **Accident corporel**

– blessure corporelle identifiable causée par une action extérieure, soudaine, violente, inattendue et précise. Une blessure occasionnée par **vosre** exposition inévitable aux éléments naturels est considérée comme un **accident corporel**.

#### **Détenteur de Carte**

– détenteur d'une **Carte Couverte**.

#### **Parent Proche**

– la mère, le père, la sœur, le frère, l'épouse, l'époux, le ou la fiancé/fiancée ou le conjoint de fait (tout couple engagé dans une union de fait habitant en permanence à la même adresse), la fille, le fils (y compris la fille ou le fils adoptif), le grand-père, la grand-mère, le petit-fils, la petite-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-fils, la belle-fille, la belle-sœur, le beau-frère, la demi-sœur, le demi-frère, l'enfant placé en famille d'accueil, le tuteur légal, l'enfant en tutelle, du **Détenteur de Carte**.

#### **Pays de Résidence**

– pays dans lequel **vous** résidez légalement. **Vous** devez disposer en Belgique d'une adresse de domicile et d'un médecin traitant.

#### **Carte Couverte**

– carte MasterCard Gold by Cofidis, émise par Cofidis, la carte étant valide, activée, et le solde du compte ayant été payé conformément à l'accord passé avec le Détenteur de Carte au moment de la survenance de tout sinistre donnant lieu à une demande d'indemnisation.

#### **Domicile**

– **Vosre** lieu de résidence habituel dans **vosre pays de résidence**.

#### **Voyage Retour**

– voyage en direction de **vosre domicile** ou de **vosre** lieu de travail dans **vosre pays de résidence** depuis le point de destination de **vosre Voyage**.

#### **Perte d'un membre**

– perte par rupture physique, ou perte permanente totale et irrémédiable de l'usage ou de la fonction d'un bras, au niveau ou au-dessus du poignet, ou d'une jambe au niveau ou au-dessus de la cheville.

#### **Perte de la vue**

– perte irrémédiable de la totalité de la vue d'un œil ou des deux yeux ; elle est considérée effective si le degré de vue restant après correction est de 3/60 ou moins sur l'échelle de Snellen (cela signifie voir à 90 cm ou moins ce que **vous** devriez voir à 18 m).

#### Atteinte Corporelle

– toute maladie, atteinte ou blessure médicale ou psychologique qui a affecté **vous-même** ou tout **Parent Proche**.

#### Autorité Médicale

– personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie dûment autorisée à exercer, reconnue par la loi du pays où le traitement est dispensé et qui, en dispensant ce traitement, exerce dans le champ d'application de son autorisation et de sa formation, et qui n'a aucun lien de parenté ou autre avec **vous** ou un compagnon de voyage.

#### Voyage Aller

– voyage depuis **votre domicile** ou **votre** lieu de travail dans **votre pays de résidence** en direction du point de destination de **votre Voyage**, y compris les vols internationaux et le transport maritime et ferroviaire, lorsque ce trajet est réservé par **vous-même** avant que **vous** n'ayez quitté **votre pays de résidence** et lorsqu'il est directement lié au trajet aller.

#### Période de Couverture

– la couverture prend effet pour tout **Voyage** commençant au plus tard le 17/08/2015. La couverture prendra fin lorsque le compte de la carte sera clôturé ou lorsque les présentes garanties seront résiliées ou expireront.

La durée de tout **voyage** ne peut dépasser 30 jours consécutifs avec un maximum de 183 jours de voyage sur une période de 12 mois. À noter que si **votre voyage** est plus long que la durée maximum, les garanties ne s'appliqueront à aucune partie de ce voyage.

#### Extension de la période de couverture

La **Période de Couverture** est automatiquement étendue pendant toute la durée du retard, jusqu'à **votre** retour dans **votre Pays de Résidence** lorsque celui-ci est inévitablement retardé suite à un sinistre couvert au titre de la présente Notice d'information.

#### Incapacité permanente totale

– incapacité qui, du fait d'avoir duré pendant une période d'au moins 12 mois consécutifs à partir de la date de survenance, **vous** empêchera, d'après l'avis d'un spécialiste qualifié indépendant, de **vous** investir dans, ou de **vous** occuper de toute activité commerciale ou professionnelle pendant le reste de **votre** vie.

#### État préexistant

- tout **état médical** passé ou présent ayant provoqué des symptômes, ou pour lequel toute forme de traitement ou de prescription, consultation médicale, examen ou suivi/bilan de santé a été requis ou reçu au cours des 2 années précédant **votre** détention d'une **Carte Couverte** et/ou précédant la réservation et/ou l'entame de tout **voyage** ; et
- tout problème cardiovasculaire ou circulatoire (par exemple problème cardiaque, hypertension, caillots sanguins, taux de

cholestérol élevé, accident vasculaire cérébral, anévrisme) qui s'est produit à tout moment avant la prise d'effet de la couverture au titre du présent Tableau des garanties et/ou avant tout **voyage**.

#### Moyen de Transport Public

– tout Moyen de Transport Public par la route, le rail, la mer ou les airs avec un transporteur autorisé offrant un service régulier et/ou un service d'affrètement aux passagers, sur lequel **vous** avez réservé votre Voyage.

#### Activités sportives et diverses

– activités listées dans la section 8 **Activités sportives et diverses**.

#### Grève ou mouvement social

– tout mouvement social entamé dans le but d'arrêter, limiter ou entraver la production de biens ou la prestation de services.

#### Acte de terrorisme

– acte commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou des objets similaires dans l'intention d'influencer un gouvernement ou d'effrayer la société ou une partie de la société, y compris mais non limité à l'usage de la force ou de la violence et/ou de menaces de la part de toute personne ou groupe(s) de personnes, qu'elle agisse seule, pour le compte de, ou en rapport avec une (des) organisation(s) ou un (des) gouvernement(s).

#### Voyage

- séjour ou déplacement à titre privé ou professionnel effectué par **vous** à travers le monde, commencé et terminé dans **votre Pays de Résidence**, pendant la **Période de Couverture**, pour lequel 100 % du coût total du **Voyage** a été réglé avec **votre Carte Couverte**, les éventuelles cautions de voyage et/ou d'hébergement devant être prélevées sur **votre Carte Couverte**.

Les **Voyages** effectués au moyen de billets aller simple ou aller simple ouverts ne sont pas couverts à moins que les titres de transport de voyage à destination ou en provenance de l'étranger aient été achetés avant le début du **voyage**.

Les **Voyages** effectués exclusivement dans le **Pays de Résidence** ne sont couverts que si **vous** voyagez à au moins 100 kilomètres de **votre domicile** et que si **vous** avez réservé contre paiement au moins deux nuits auprès d'un prestataire de services d'hébergement opérant dans les règles.

#### 4. AIDE D'URGENCE

Contactez-nous par téléphone : +32 78 156 012

#### 5. ACCORDS DE RÉCIPROCITÉ EN MATIÈRE DE SOINS MÉDICAUX

UNION EUROPÉENNE, ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN ET SUISSE

Avant de voyager vers un pays de l'Union Européenne, de l'Espace Économique Européen ou vers la Suisse, **nous vous** conseillons de demander une Carte

Européenne d'Assurance Maladie. Cette carte **vous** permet de bénéficier de certaines dispositions en matière de couverture médicale gratuite ou à frais réduits dans l'Union Européenne, l'Espace Économique Européen ou la Suisse.

Pour plus d'informations, contactez : ECC Belgium, Hollandstraat 13, 1060 Brussels, Belgium, ou appelez le +32 2 542 33 46. Vous pouvez également vous rendre sur le site Internet suivant : [http://www.belgium.be/fr/sante/en\\_voyage/carte\\_europeenne/](http://www.belgium.be/fr/sante/en_voyage/carte_europeenne/)

Lorsque **vous** voyagez pour l'Australie ou la Nouvelle-Zélande et que **vous** vous inscrivez au programme national de santé, celui-ci vous fait bénéficier de soins gratuits dans un hôpital public, de médicaments remboursés et de prestations pour les soins médicaux apportés par des médecins par le biais de cliniques privées et de Centres de santé publics (autres que des hôpitaux).

#### AUSTRALIE

**Vous** devez **vous** inscrire à un bureau Medicare en Australie si **vous** voulez recevoir des soins. Si **vous** recevez des soins avant de **vous** inscrire, les prestations Medicare peuvent être antérieures, si **vous** y avez droit. Pour être éligible, **vous** devez être un résident de Belgique, de Finlande, d'Italie, de Malte, des Pays-Bas, de Norvège, de la République d'Irlande, de Slovénie, de Suède ou du Royaume-Uni et **vous** devrez présenter **vos** passeport ainsi qu'un visa en cours de validité. Si **vous** avez besoin de soins qui ne peuvent pas être administrés au titre de Medicare, **vous** devez **vous** contacter avant de chercher un prestataire de soins privés. Si **vous** ne **vous** inscrivez pas dans un bureau Medicare, ou si **vous** faites appel à un prestataire de soins privés sans **notre** autorisation préalable, **nous** pouvons refuser **notre** demande d'indemnisation ou limiter la somme que **nous** **vous** rembourserons.

Pour plus d'informations, contactez : Health Insurance Commission, PO Box 1001, Tuggeranong, ACT 2901, Australie ou rendez-vous sur son site web à l'adresse : <http://www.humanservices.gov.au>

#### 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Vous** devez respecter les conditions ci-dessous. Dans le cas contraire, **nous** pouvons être amenés, à **notre** discrétion, à rejeter **notre** demande d'indemnisation ou à réduire l'indemnisation qui **vous** sera versée.

1. La couverture prévue par les garanties de la section D - Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la section E - Indemnité hospitalisation est exclue dans **notre** Pays de Résidence.
2. **Vous** devez prendre toutes les précautions et tout le soin possible pour **vous** protéger contre les accidents, les maladies ou les blessures et pour éviter que **vos** biens ne soient perdus, volés ou endommagés. **Vous** devez agir comme si **vous** n'étiez pas couvert, prendre des mesures pour réduire **vos** pertes le plus possible et prendre des mesures raisonnables pour empêcher tout

sinistre ultérieur et pour récupérer vos biens manquants.

3. **Vous** devez **nous** informer dès que possible en cas d'urgence.
4. **Nous** **vous** demandons de **vous** informer dans un délai de 28 jours à compter de la date à laquelle **vous** avez connaissance de la nécessité de procéder à une demande d'indemnisation, et de **vous** retourner dès que possible **notre** formulaire de demande d'indemnisation rempli ainsi que toute information complémentaire.
5. **Vous** ou **vos** représentants légaux devez fournir à **vous** frais l'ensemble des informations qui peuvent s'avérer nécessaires, y compris les données d'autres polices d'assurance qui peuvent couvrir la perte. **Nous** pouvons refuser de **vous** rembourser les frais pour lesquels **vous** n'êtes pas en mesure de fournir des reçus ou des factures. Veuillez conserver des copies de tous les documents que **vous** **nous** envoyez.
6. **Vous** ne devez accepter, refuser, régler, rejeter, négocier ou prendre aucune disposition concernant une demande d'indemnisation sans **notre** permission.
7. **Vous** devez **nous** informer et **nous** donner immédiatement d'amples détails par écrit si quelqu'un **vous** tient responsable d'un dommage à ses biens ou d'un **Accident Corporel** à son encontre.
8. En cas de demande d'indemnisation et si **nous** l'exigeons, **vous** devez accepter d'être examiné par une **Autorité Médicale** de **notre** choix, à **nos** frais. Si **vous** venez à décéder, **nous** pouvons également être amenés à demander un examen post-mortem effectué à **nos** frais.
9. Si **nous** assurons le transport et réglons **notre** demande d'indemnisation et qu'il **vous** reste ensuite un ou plusieurs titres de transport inutilisés, **vous** devez **nous** remettre lesdits titres. Si **vous** ne le faites pas, **nous** déduirons le prix de ces titres de toute somme qui **vous** sera versée.
10. **Nous** avons le droit, si **nous** le choisissons, en **notre** nom mais à **nos** frais, de :
  - a) reprendre le règlement de toute demande d'indemnisation ;
  - b) entamer des poursuites judiciaires en **notre** nom pour recevoir une indemnisation d'un tiers pour **notre** propre bénéfice ou pour récupérer auprès d'un tiers tout versement déjà effectué ;
  - c) prendre toute mesure pour récupérer tout bien perdu ou tout bien que **vous** croyez avoir perdu.
11. Si **vous** ou toute personne agissant pour **vous** à tous égards essayez de **vous** procurer des fonds, des informations ou autres biens par la tromperie ou tout autre moyen illégal, y compris une fausse déclaration ou une omission de faits intentionnelle afin de présenter sous un faux jour la situation réelle, la couverture d'assurance sera nulle et non avenue. **Nous** pouvons en informer les autorités de police et **vous** devrez **nous** rembourser toute somme déjà perçue au titre de la police.

12. Si **nous** effectuons toute dépense s'avérant en réalité non couverte, **vous** devrez la rembourser le mois suivant **notre** demande de remboursement.
13. **Vous** devez avoir conscience du fait que les zones géographiques reculées ou des conditions défavorables imprévisibles dans l'environnement local peuvent empêcher de délivrer le niveau habituel de prestations de service.
14. Si **vous** possédez plusieurs cartes Cofidis, **nous** ne **vous** indemniserons que dans la limite du plafond le plus élevé de ces cartes, les montants des indemnisations ne pouvant pas se cumuler.

## 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les présentes exclusions s'appliquent à tout **vo**tre Tableau des garanties. **Nous** ne paierons aucune indemnité pour les sinistres découlant directement ou indirectement de :

1. Tout **état médical préexistant**.
2. Toute demande d'indemnisation sans lien avec les cas listés sous l'intitulé « CE QUI EST COUVERT », et ce, pour toutes les sections.
3. Toute demande d'indemnisation pour laquelle **vous** n'avez pas fourni les documents nécessaires que **nous vous** avons demandés à **vos** frais. **Nous** pouvons par ailleurs **vous** réclamer un supplément de documentation à l'appui de **vo**tre demande.
4. **Vo**tre implication dans ou votre pratique de travaux manuels définis comme suit : un travail effectué au-dessus du niveau du sol ; un travail impliquant l'emploi d'outils de découpage, d'outils électriques ou mécaniques ou de machines-outils ; un travail impliquant une participation directe à l'installation, au montage, à l'entretien ou à la réparation d'une station électrique, mécanique ou hydraulique ; un travail de plombier, d'électricien, d'éclairagiste ou de technicien du son, de menuisier, de peintre ou décorateur ou d'ouvrier du bâtiment, ou tout autre travail manuel de quelque sorte que ce soit, à l'exception des métiers spécifiques aux bars, aux restaurants et aux chalets et à l'exception des serveurs, des domestiques, du personnel au pair et de garde d'enfants, et sauf les travaux manuels légers effectués à titre occasionnel au niveau du sol, dont les travaux en commerce de détail et le ramassage de fruits.
5. **Vo**tre participation à ou de la pratique d'activités sportives et autres, à l'exception de celles listées au point 8- **Activités Sportives et Diverses**, peu importe que cette participation ou cette pratique intervienne ou non dans le cadre d'événements organisés. Transport aérien sauf en tant que passager payant d'un appareil autorisé pour le transport de passagers ; de l'utilisation d'un ou plusieurs véhicules motorisés sauf si **vous** détenez un permis de conduire émis par **vo**tre **Pays de Résidence** autorisant l'utilisation de ce type de véhicules et sauf si, s'agissant des véhicules à deux ou trois roues, **vous-même** et **vo**tre passager portez un casque ; du divertissement pratiqué à titre professionnel ; des sports pratiqués de façon professionnelle ; des courses (autres qu'à pied) ; des rallyes ou compétitions en véhicule à moteur, ou de tout test d'endurance ou de vitesse.
6. **Vo**tre suicide ou tentative de suicide ; d'une blessure que **vous vous** seriez occasionnée délibérément ; de la prise de tout médicament non prescrit par une **autorité médicale**, de l'addiction à / de l'abus de / d'un comportement sous l'emprise de drogues, de solvants ou de l'alcool.
7. Une exposition injustifiée à un danger (sauf lorsqu'il s'agit de sauver une vie humaine).
8. **Vo**tre implication dans une bagarre, hormis pour vous défendre.
9. **Vo**tre voyage entrepris contre toutes prescriptions sanitaires stipulées par le transporteur, ses représentants ou tout autre prestataire de **transport public**.
10. **Vo**tre propre comportement contraire à la loi ou de toute poursuite pénale engagée à **vo**tre encontre, ou bien de toute perte ou de tout dommage volontaire de **vo**tre part ou causé par **vous**.
11. Toute autre perte, tout autre dommage ou toute autre dépense supplémentaire découlant du sinistre pour lequel **vous** présentez une demande d'indemnisation. Ces pertes, dommages ou dépenses supplémentaires englobent par exemple les frais engagés pour l'élaboration d'une demande d'indemnisation, la perte de revenus, la perte ou les coûts induits par l'interruption de **vo**tre activité, un dérangement, une saisie-exécution ou encore la perte de jouissance ou d'agrément.
12. Les opérations en tant que personnel des forces armées.
13. **Vo**tre voyage dans un pays ou une zone ou pour un événement pour lesquels un organisme gouvernemental de votre **pays de résidence** ou l'Organisation mondiale de la Santé déconseillent formellement tout voyage, ou qui sont soumis à un embargo officiel de la part des Nations Unies.
14. Ce que **vous** avez escaladé, sauté de, ou passé d'un balcon à un autre, quelle que soit la hauteur du balcon.
15. Toute dépense dont il **vous** aurait été demandé de **vous** acquitter ou dont il aurait été attendu que **vous** vous acquittiez, si le sinistre entraînant la demande d'indemnisation ne s'était pas produit.
16. Toute situation dont **vous** avez connaissance et qui pourrait raisonnablement **vous** amener à déclarer un sinistre.
17. Les frais d'appels téléphoniques, de fax ou d'Internet, sauf si **vous** êtes en mesure de prouver, documents à l'appui, qu'ils se rapportent à **vo**tre mise en relation avec **nous-mêmes**.
18. Un problème médical pour lequel **vous** ne prenez pas le traitement recommandé ou ne respectez pas la prescription telle qu'indiquée par une **autorité médicale**.
19. La guerre, l'invasion, les actes d'un ennemi étranger, les hostilités ou les opérations

belliqueuses (qu'elles aient été déclarées ou non), la guerre civile, la rébellion, les **actes de terrorisme**, la révolution, l'insurrection, les troubles à l'ordre public lorsqu'ils prennent les proportions d'un soulèvement, le coup d'état militaire ou l'usurpation de pouvoir. Cependant, cette exclusion ne s'applique pas pour les frais couverts au titre de la section D – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger, de la section E – Indemnité hospitalisation, sauf si ces frais sont le fait d'une attaque nucléaire, chimique ou biologique ou sauf si les troubles existaient déjà lorsque **vous** avez débuté **vos** **Voyage**.

20. Radiations ionisantes ou contamination par la radioactivité émanant de tout combustible nucléaire ou déchets nucléaires, de la combustion de combustible nucléaire ou de la radioactivité, la toxicité, l'explosion ou toute autre manifestation dangereuse émanant de sources nucléaires.
21. La perte, la destruction et les dommages directement provoqués par les ondes de pression des avions et de tout autre appareil volant atteignant la vitesse du son ou supersonique.
22. Toute demande d'indemnisation dans le **Pays de Résidence** s'agissant de la section D – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la section E – Indemnité hospitalisation.

## 8. ACTIVITÉS SPORTIVES ET DIVERSES

**Vous** êtes couvert au titre de la section D – Assistance médicale, frais médicaux et assistance rapatriement à l'étranger et de la section E – Indemnité hospitalisation pour les activités suivantes. Les **Activités sportives et diverses** sont exclues si **vos** participation à ces Activités constitue l'unique ou principale raison de **vos** **Voyage** (sauf en ce qui concerne le golf et les **sports d'hiver**).

Descente en rappel  
 Tir à l'arc  
 Badminton  
 Base-ball  
 Basket-ball  
 Bowling  
 Promenade en chameau  
 Canoë (jusqu'au niveau / à la classe 3)  
 Tir au pigeon d'argile  
 Cricket  
 Ski de fond  
 Promenade en éléphant  
 Course à pied en montagne  
 Escrime  
 Pêche  
 Football  
 Ski sur glacier  
 Karting  
 Golf  
 Hockey  
 Équitation  
 Randonnée à cheval

Montgolfière  
 Patinage sur glace (sur des patinoires homologuées)  
 Jet bike  
 Scooter des mers  
 Kitesurf  
 Monoski  
 Vélo de montagne sur piste  
 Netball  
 Course d'orientation  
 Paintball  
 Randonnée à poney  
 Racketball  
 Cyclisme sur route  
 Roller  
 Thèque  
 Course à pied  
 Voile  
 Plongée en scaphandre autonome  
 Ski de randonnée  
 Scooter des neiges  
 Ski (sur piste ou hors-piste avec un guide)  
 Ski patinette  
 Snowboard (sur piste ou hors-piste avec un guide)  
 Raquettes  
 Squash  
 Surf  
 Tennis de table  
 Tennis  
 Luge  
 Trampoline  
 Randonnée (jusqu'à 4 000 mètres sans utiliser de matériel d'escalade)  
 Volley-ball  
 Jeux de guerre  
 Water-polo  
 Ski nautique  
 Planche à voile  
 Navigation de plaisance  
 Zorbing

## SECTION A - INFORMATIONS AUX VOYAGEURS

### CE QUI EST COUVERT

Avant et pendant **vos** **Voyage**, nous **vous** communiquerons des renseignements qui **vous** aideront dans **vos** préparation ainsi que les informations suivantes : obligations actuelles en matière de visa et conditions d'entrée sur le territoire, et ce, pour tous les pays ; obligations actuelles en matière de vaccination et informations au sujet des mises en garde actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé ; douanes, obligations et réglementation ; taux de change et TVA ; prévisions météo à l'étranger ; langues parlées dans le pays de destination ; fuseaux horaires et décalages horaires.

## SECTION B - DÉPART RETARDÉ

### CE QUI EST COUVERT

Si **vous** êtes arrivé au niveau du terminal, que **vous** êtes enregistré ou avez tenté de **vous** enregistrer durant **vos** **Voyage Aller** ou **Voyage Retour** et que le départ de **vos** **moyen de transport public** préalablement réservé est retardé à son point de départ d'au moins 4 heures par rapport à l'horaire prévu en raison de :

- a) **une grève ou un mouvement social** ; ou
- b) **de mauvaises conditions climatiques** ; ou
- c) une panne mécanique ou technique du **moyen de transport public** régulier pour lequel **vous** aviez une réservation ;
- d) une non-admission à bord d'un vol régulier confirmé si **vous** êtes enregistré ou avez tenté de **vous** enregistrer durant les heures d'enregistrement indiquées

**Nous** vous rembourserons **vos** dépenses engagées en restauration et en boisson au sein de l'aéroport, du port ou de la gare, ainsi que **vos** dépenses d'hébergement supplémentaire (chambre uniquement) à la suite d'un minimum de 4 heures de retard par rapport à **votre** heure réelle de départ, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties** pour les **Personnes Assurées** voyageant ensemble. Le montant des indemnités est calculé uniquement pour la période allant de l'heure prévue de **votre** départ jusqu'à l'heure réelle de **votre** départ.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les frais et dépenses pour lesquels tout transporteur ou fournisseur doit **vous** dédommager, **vous** a dédommagé ou **vous** dédommagera dans le futur.
2. Toutes les sommes excédant le montant des dépenses réelles compte tenu de l'indemnité effectivement versée par le transporteur.
3. Le montant des frais de transport alternatif en surplus de ceux qui auraient été engagés si **vous** aviez choisi la solution de remplacement proposée par le transporteur d'origine.
4. Toute demande d'indemnité portant sur un trajet pour lequel **vous** ne **vous** êtes pas enregistré conformément à la feuille de route (itinéraire) qui **vous** a été remise.
5. Toute demande d'indemnité portant sur un trajet pour lequel **vous** n'avez pas obtenu de confirmation écrite de la part des transporteurs (ou de leurs agents de service d'escale) du nombre d'heures de retard et de la raison de ce retard.
6. Toute demande d'indemnité portant sur un trajet pour lequel **vous** n'avez pas obtenu de rapport écrit étayé par [www.worldweatheronline.com/](http://www.worldweatheronline.com/) confirmant les **mauvaises conditions climatiques** à l'origine du retard.
7. Toute demande d'indemnité portant sur un trajet pour lequel **vous** n'avez pas conservé et fourni les originaux des reçus portant sur des dépenses supérieures à 5 €.
8. **Une grève ou un mouvement social**, ou un retard au niveau du contrôle du trafic aérien, ayant débuté ou dont la date de début a été annoncée avant que **vous** n'ayez effectué **vos** préparatifs de **Voyage** et/ou que la présente couverture ne soit entrée en vigueur.
9. Le retrait d'autorisation pour un **moyen de transport public** sur la recommandation des autorités de l'aviation civile ou des autorités portuaires ou toute autorité similaire, quel que soit le pays.

10. Toutes dépenses engagées alors qu'une alternative raisonnable a été proposée dans les 4 heures suivant l'heure de départ prévue.
11. La correspondance manquée s'il était prévu moins de 2 heures minimum entre les vols en correspondance ou plus de 2 heures si les systèmes de réservation de vol imposent plus de temps de correspondance.
12. Les demandes d'indemnité lorsque vous n'avez pas obtenu de la compagnie aérienne une attestation écrite confirmant d'une part que **vous** n'avez pas été en mesure de voyager suite à un surbooking, et d'autre part le temps qui s'est écoulé jusqu'à la confirmation du vol suivant.
13. **Plus d'une demande d'indemnité** au titre de la présente section pour un même événement en cas de départ retardé, de non-admission à bord d'un avion ou de correspondance manquée.
14. Les vols affrétés à titre privé.
15. Les frais de taxi, de journaux, de blanchisserie et les honoraires d'interprète.

Veuillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

### SECTION C - RETARD DE LIVRAISON DE BAGAGES

#### CE QUI EST COUVERT

À concurrence du montant maximum total indiqué au **Tableau des Garanties** pour toutes les **personnes assurées** voyageant ensemble, l'achat en urgence de vêtements, de médicaments et d'articles de toilette si **vos Bagages** enregistrés sont temporairement perdus en transit pendant **votre Voyage Aller** et s'ils ne **vous** sont pas livrés dans les 4 heures suivant **votre** arrivée, sous réserve d'obtenir de la compagnie aérienne une attestation écrite confirmant le nombre d'heures de retard à la restitution de **vos Bagages**.

#### CONDITIONS IMPORTANTES APPLICABLES AUX DEMANDES D'INDEMNISATION

1. Dans un délai de 14 jours à compter de la restitution de **vos Bagages**, **vous** devez avertir par écrit le transporteur du fait que **nous** lui présenterons une demande d'indemnité portant sur les dépenses supplémentaires occasionnées par le retard. **Vous** devez déposer **votre** demande d'indemnité auprès de **nous** en premier lieu ; **nous** nous chargerons ensuite de faire enregistrer à **votre** place **votre** demande auprès du transporteur.
2. **Vous** devez obtenir du transporteur une attestation écrite confirmant le nombre d'heures pendant lesquelles **vos Bagages** ont été retardés. **Vous** devez :
  - a) obtenir un P.I.R. (Property Irregularity Report) ou constat d'« Irrégularité Bagages » de la part de la compagnie aérienne ou de ses agents de service d'escale ;
  - b) notifier par écrit **votre** demande d'indemnité dans le délai mentionné par le transporteur sans oublier de conserver une copie de cette notification ;
  - c) conserver les billets de transport et les étiquettes d'enregistrement afin de soumettre une demande d'indemnité.

3. Toutes les sommes sont valables uniquement pour les dépenses réelles facturées dépassant toute indemnisation versée par le transporteur.
4. Les sommes figurant dans le **Tableau des Garanties** correspondent au total pour chaque retard, quel que soit le nombre de **Personnes Assurées** voyageant ensemble.
5. Si la **Carte Couverte** n'a pas pu être utilisée pour ces achats essentiels, la facture détaillée de ces achats doit être conservée.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les demandes d'indemnisation dues au retard, à la confiscation ou à la détention par les douanes ou toute autre autorité.
2. Les demandes d'indemnisation faisant suite à une expédition de **bagages** en tant que fret ou sous connaissance.
3. Les sommes excédant l'indemnisation effectivement versée par le transporteur.
4. Le remboursement des articles achetés après la restitution de **vos bagages**.
5. Tout remboursement se rapportant à des éléments dont la facture détaillée n'a pas été conservée.
6. Les demandes d'indemnisation sans rapport avec  **votre Voyage Aller** lorsque le **Voyage** est effectué en dehors de  **votre Pays de Résidence**.

Veillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

### **SECTION D - ASSISTANCE MÉDICALE, FRAIS MÉDICAUX ET AUTRES DÉPENSES À L'ÉTRANGER**

#### CE QUI EST COUVERT

**Nous** fournirons une assistance et prendrons les dispositions qui s'imposent s'agissant des garanties suivantes, pour chaque **Personne Assurée** victime d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie soudaine et imprévue, ou qui décède durant un **Voyage** en dehors du **Pays de Résidence**.

Le versement des prestations de la présente section D relève de la responsabilité de l'Assureur auprès duquel a été souscrite la police d'assurance voyage des **Personnes Assurées** (sous réserve des conditions fixées par l'Assureur concerné).

1. **ÉVACUATION / RAPATRIEMENT SANITAIRE**  
Si **vous** êtes victime d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie et que l'**autorité médicale** et **nous-mêmes** recommandons une hospitalisation, **nous nous** occuperons :
  - a) de  **votre** transfert en direction de l'un des hôpitaux les plus proches, et
  - b) si nécessaire pour des raisons médicales,
    - i. de  **votre** transfert vers un hôpital bénéficiant d'infrastructures davantage adaptées à votre blessure ou maladie, ou
    - ii. de  **votre** rapatriement direct vers un hôpital approprié ou un établissement de soins de santé proche de  **votre domicile**, si  **votre** état médical le permet.

**Notre** Direction médicale et l'**autorité médicale** détermineront si  **votre** état médical permet un rapatriement en tant que passager régulier ou s'il

est nécessaire de prendre d'autres dispositions compte tenu de la situation.

#### 2. RAPATRIEMENT SUITE À PRISE EN CHARGE MÉDICALE

À  **votre** sortie de l'hôpital, **nous** organiserons, si cela s'avère possible,  **votre** rapatriement vers  **votre domicile** en tant que passager régulier, en fonction de l'avis médical à la fois de l'**autorité médicale** et de  **notre** Direction médicale. **Nous** prendrons par ailleurs les autres dispositions qui s'imposent compte tenu de  **votre** état médical si celles-ci ne sont pas couvertes au titre de  **votre** billet aller-retour original.

#### 3. CHAMBRE D'HÔTEL POUR CONVALESCENCE

**Nous nous** occuperons de  **votre** hébergement dans la limite de 5 nuitées et 100 € par nuitée, exclusivement aux fins de  **votre** convalescence suivant immédiatement  **votre** sortie de l'hôpital, si cela est considéré comme médicalement nécessaire à la fois par l'**autorité médicale** et  **notre** Direction médicale qui fixeront ensemble la durée de cette convalescence.

#### 4. VISITE D'URGENCE

Si **vous** êtes hospitalisé à la suite d'un **Accident Corporel** ou d'une maladie et si cela est médicalement recommandé par  **notre** Direction médicale, **nous nous** chargerons de la réservation d'un billet aller-retour en classe économique depuis  **votre Pays de Résidence** et prendrons en charge les frais d'hébergement raisonnables d'une personne dont **vous** aurez demandé la visite.

#### 5. RAPATRIEMENT DE DÉPOUILLE MORTELLE

Si **vous** venez à décéder, **nous** prendrons toutes les dispositions qui s'imposent (y compris s'agissant des dispositions à prendre pour respecter les formalités officielles) pour le rapatriement de  **votre** dépouille ou de  **vos** cendres funéraires vers le lieu de  **votre** inhumation dans  **votre Pays de Résidence**.

#### CONDITIONS SPÉCIALES

1. **Vous** devez informer **AXA Assistance** dès que possible de tout **Accident Corporel** ou Atteinte Corporelle nécessitant  **votre** admission à l'hôpital ou avant que des dispositions soient prises concernant  **votre** rapatriement.
2. Dans le cas de  **votre Accident Corporel** ou Atteinte Corporelle, **nous nous** réservons le droit de **vous** transférer dans un autre hôpital et de prendre des dispositions en vue de  **votre** rapatriement vers  **votre Pays de Résidence** à tout moment pendant le **Voyage**. **Nous** agissons ainsi sous réserve que l'**autorité médicale** sur place ou **AXA Assistance** estiment que **vous** pouvez être transporté et/ou voyager en toute sécurité vers  **votre Pays de Résidence** afin de poursuivre  **votre** traitement.
3. Tout ce qui figure dans les DISPOSITIONS GÉNÉRALES page 5.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **état médical préexistant**.

2. Les traitements qui ne relèvent pas d'un acte chirurgical ou médical, dans le seul but de soigner ou soulager une maladie ou blessure grave imprévue.
3. Tout traitement ou intervention chirurgicale qui, de l'avis de **notre** Direction médicale, peut raisonnablement être retardé jusqu'à **votre** retour dans **votre Pays de Résidence**.
4. Toute demande d'indemnisation portant sur des événements survenus alors que **vous** voyagez contre l'avis d'une **autorité médicale** (ou si **vous** aviez voyagé contre l'avis d'une **autorité médicale** dans l'hypothèse où **vous** auriez consulté auparavant).
5. Toute consultation, tout traitement médical et tout test de diagnostic qui a été planifié à l'avance ou qui était connu au préalable de **vous**.

## SECTION E - INDEMNITÉ HOSPITALISATION

### CE QUI EST COUVERT

**Nous vous** rembourserons également, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, les frais accessoires (tels que la location de ligne téléphonique, la location de télévision et les déplacements en taxi des visiteurs) pour chaque période continue de 24 heures que **vous** devez passer à l'hôpital en dehors de **votre Pays de Résidence**. **Vous** devez conserver tous les reçus et factures détaillés pour pouvoir soumettre **votre** demande d'indemnisation.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Toute demande d'indemnisation portant sur un élément pour lequel **vous** n'avez pas conservé et fourni un reçu original.
2. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de :
  - a) Toute journée d'hospitalisation supplémentaire pour traitement médical ou intervention chirurgicale, y compris les examens médicaux, sans lien direct avec l'**Accident Corporel** ou l'**Atteinte Corporelle** qui a entraîné **votre** hospitalisation.
  - b) Toute période d'hospitalisation supplémentaire pour des traitements ou des services fournis par une maison de repos ou un centre de rééducation.

Veillez vous reporter aux sections DISPOSITIONS GÉNÉRALES et EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

## SECTION F - ACCIDENT DE VOYAGE

### CE QUI EST COUVERT

Si, alors que **vous** utilisez un **moyen de transport public** pendant **votre voyage**, **vous** souffrez d'une **lésion corporelle** accidentelle qui, dans les 12 mois, est la seule cause immédiate de **votre** décès ou **perte d'un membre, perte de la vue ou incapacité permanente totale**, **nous** paierons en **votre** faveur ou à **votre** représentant successoral l'une des garanties figurant dans le **Tableau des Garanties**.

Les garanties ne peuvent être payées au titre de plus d'un article du **Tableau des Garanties**.

### CONDITIONS IMPORTANTES APPLICABLES AUX DEMANDES D'INDEMNISATION

1. **Notre médecin** peut **vous** examiner aussi souvent qu'il peut le juger nécessaire avant qu'une indemnisation ne soit versée.
2. **Vous** ne pouvez pas cumuler plusieurs indemnisations figurant dans le **Tableau des Garanties**.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les demandes d'indemnisation découlant directement ou indirectement de tout **état médical préexistant**.
2. Toute invalidité ou tout décès causé par une détérioration de la santé physique (par exemple un AVC ou une crise cardiaque) et non pas comme un résultat direct d'une **lésion corporelle**.
3. Versement au titre d'une **invalidité permanente totale**, un an avant la date à laquelle **vous** êtes victime d'un **Accident Corporel**.
4. Tout voyage normal et habituel à destination et en partance du **domicile**, lieu de travail ou résidence secondaire du **bénéficiaire**, puisqu'un tel voyage ne saurait être considéré comme un **Voyage** couvert.

Veillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

## SECTION G - GARANTIE DU MEILLEUR PRIX

### DÉFINITIONS - Applicables à la présente section

#### **Date de demande d'indemnisation**

- date à laquelle **vous** trouvez un objet identique dans un **Magasin** dans le **Pays de Résidence**.

#### **Objet Éligible**

- article portant le nom ou la marque du revendeur ou du fabricant, dont le prix de vente est au moins égal à 50 €, acheté par **vous-même** dans un **Magasin** uniquement à des fins personnelles (y compris un cadeau), dont le prix a été entièrement débité sur **votre Carte Couverte** sous forme de transaction unique, et qui ne figure pas dans la liste des articles non couverts.

#### **Magasin**

- lieu où **vous** pouvez physiquement prendre possession de, et acheter des marchandises dans le **Pays de Résidence**. Cela ne comprend pas les sites Web, les sociétés de vente par correspondance, toute forme d'enchères ou de courtiers en bourse.

#### **Vous/Votre/Vos**

- le **Détenteur de Carte**.

### CE QUI EST COUVERT

**Nous** rembourserons la différence entre le prix payé pour un **Objet Éligible** et le prix de vente réduit pour le même **Objet Éligible** (année de fabrication, marque, modèle et accessoires identiques) proposé dans tout **Magasin**, à condition que ce prix réduit soit constaté dans les 30 jours à compter de la date d'achat et qu'il soit au moins égal à 50 €.

**Nous** ne paierons pas plus que la somme maximum par **Objet Éligible** indiquée au **Tableau des Garanties** pour un événement spécifique, ou plus que la somme

maximum indiquée au **Tableau des Garanties** pour une période de 365 jours.

#### CONDITIONS IMPORTANTES APPLICABLES AUX DEMANDES D'INDEMNISATION

1. Il n'existe pas de limite quant au nombre d'achats que **vous** pouvez réaliser.
2. Le prix de vente d'origine de l'article doit être au moins égal à 50 €.
3. L'objet doit être payé intégralement avec  **votre Carte Couverte**.
4. L'**Objet Éligible** doit être acheté dans un **Magasin** qui est physiquement présent dans le **Pays de Résidence**, à l'exclusion des magasins en franchise de droits, et ne doit pas être répertorié comme un objet non couvert.
5. Seuls les objets destinés à des fins personnelles sont couverts.
6. La Garantie du meilleur prix fournit une couverture uniquement pour les demandes d'indemnisation qui ne sont pas couvertes par les autres garanties de bas prix, polices d'assurance ou d'indemnisation applicables, sous réserve des limites de responsabilité énoncées.

#### Documents requis dans le cadre des demandes d'indemnisation

Reçu de vente original du **Magasin** ou original du relevé de la carte indiquant que la transaction a été réglée intégralement avec  **votre Carte Couverte**, et preuve du prix meilleur marché de l'**Objet Éligible** identique. À ceci s'ajoute une attestation écrite du **Magasin** confirmant que l'**Objet Éligible** identique est en vente au public dans tout **Magasin** pour un prix inférieur dans le **Pays de Résidence** (par exemple, la publicité complète ou note du **Magasin** indiquant un prix précis, une description de produit et des dates d'émission et d'expiration vérifiables).

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les **Objets Éligibles** achetés, ou les objets au prix de vente réduit, trouvés en dehors du **Pays de Résidence**.
2. Les sinistres qui ne peuvent pas être prouvés grâce à la documentation existante.
3. Les objets en vente dans un **Magasin** appartenant à la même chaîne dans un lieu différent et vendant l'objet au détail à un prix inférieur.
4. Les objets qui ont été achetés usés, modifiés, d'occasion, ou achetés de manière frauduleuse ou illicite.
5. Les services ou tout article immatériel.
6. Les espèces, chèques de voyage, titres de transport, papiers, devises, titres négociables, actions de tout type, lingots, l'argent et l'or.
7. Les objets d'art, antiquités, fourrures, pièces rares, timbres, objets uniques et objets de collection.
8. Les bijoux, métaux précieux et pierres précieuses.
9. Les objets sur commande spéciale ou de vente par correspondance.
10. Les animaux, plantes vivantes ou tous autres êtres vivants.
11. Les consommables ou les denrées périssables, le carburant.

12. Les installations permanentes telles que les ouvrables-portes de garages et les alarmes).
13. Les PC, ordinateurs, ordinateurs portables, tablettes, liseuses électroniques, téléphones portables (ou tout type de dispositif de communication portatif), et pièces ou accessoires de l'un quelconque de ces objets.
14. Les enregistrements de tous types (son, photo, vidéo, numérique et logiciel informatique).
15. Les véhicules motorisés de tout type, bicyclettes, véhicules nautiques, caravanes, remorques, aéroglisseurs, avions et pièces ou accessoires de l'un quelconque de ces objets et des produits consommables nécessaires à leur utilisation et à leur entretien.
16. Les objets destinés à des fins professionnelles ou commerciales.
17. Les vêtements.
18. Les vacances ou excursions.
19. Les terrains, locaux, immeubles ou appartements.
20. Les objets provenant de toute vente aux enchères y compris de sites web et de chaînes de télévision de vente aux enchères.
21. Les objets disponibles uniquement sur un site Web et qui ne sont pas disponibles pour le même prix dans un **Magasin**.
22. Les objets achetés lors d'une vente de liquidation d'entreprise, d'une liquidation de stocks de fin de saison ou d'une vente au comptant uniquement.
23. Les objets personnalisés ou faits sur mesure.
24. Les dispositifs médicaux, de santé, optiques ou dentaires ou les équipements ou produits pharmaceutiques.
25. Les taxes, frais de livraison, d'expédition, de manutention ou autres frais de transformation.
26. Les frais de traitement.
27. Les objets à un prix incorrect, erreurs ou omissions.
28. Les objets provenant de zones en franchise de droits, moins taxées ou détaxées.
29. Tout achat réalisé par le personnel, les administrateurs ou le propriétaire - et leurs épouses - du **Magasin** ou du point de vente où l'**Objet Éligible** a été acheté, ou du **Magasin** ou point de vente où la différence de prix a été constatée.

Veillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

#### SECTION H - ASSURANCE ACHATS

DÉFINITIONS - Applicables à la présente section

##### **Objet Éligible**

- objet acheté par le **Détenteur de Carte** uniquement à des fins personnelles (y compris un cadeau), qui a été débité entièrement (100 %) de la **Carte Couverte** et qui n'est pas répertorié dans la partie CE QUI N'EST PAS COUVERT de la présente section.

##### **Prix d'Achat**

Déclaration de Cofidis ou facture de l'**Objet Éligible** émise par le magasin, à condition que son prix de vente soit au moins égal à 50 € (ou l'équivalent en devise locale).

#### CE QUI EST COUVERT

En cas de vol ou de détérioration accidentelle d'un **Objet Éligible** dans les 90 jours suivant l'achat de ce dernier, **nous** remplacerons ou réparerons, à **notre** libre appréciation, l'**Objet Éligible** ou créditerons le compte du **Détenteur de Carte** d'une somme ne dépassant pas le **Prix d'Achat** de l'**Objet Éligible**, ou le maximum par objet indiqué au **Tableau des Garanties**, la somme la plus basse l'emportant. **Nous** ne paierons pas plus que la somme indiquée au **Tableau des Garanties** pour un événement spécifique, ou plus que la somme maximum indiquée au **Tableau des Garanties** pour une période de 365 jours.

#### CONDITIONS IMPORTANTES APPLICABLES AUX DEMANDES D'INDEMNISATION

1. L'Assurance Achats fournit une couverture uniquement pour tout ou partie des demandes d'indemnisation qui ne sont pas couvertes par les autres cautionnements, garanties, polices d'assurance ou d'indemnisation applicables, sous réserve des limites de responsabilité énoncées.
2. Les demandes d'indemnisation pour un **Objet Éligible** appartenant à une **Paire ou un Ensemble** seront remboursées à hauteur du **Prix d'Achat** total de la **Paire ou de l'Ensemble**, à condition que les objets ne soient pas utilisables individuellement et ne puissent pas être remplacés individuellement.
3. Si **vous** achetez l'**Objet admissible** pour l'offrir à quelqu'un, **nous** procéderons, si **vous** le souhaitez, au règlement d'une demande d'indemnisation établie en bonne et due forme à l'intention du destinataire, sous réserve que ce soit **vous-même** qui en fassiez la demande.
4. **Vous** devez faire preuve d'une diligence raisonnable et faire tout ce qui est raisonnablement nécessaire pour éviter tout vol ou détérioration physique directe d'un **Objet Éligible**.
5. **Vous** devez **nous** envoyer, à **notre** demande et à **vos** frais, tout **Objet Éligible** endommagé ou toute partie d'une **Paire ou d'un Ensemble**, et céder les droits juridiques pour **vous** faire rembourser par la partie responsable à concurrence du montant que **nous** avons payé.
6. **Vous** devez certifier par écrit que la demande d'indemnisation n'a pas été envoyée à une quelconque autre compagnie d'assurance.
7. **Vous** devez **nous** fournir le reçu de vente original du magasin, l'original du reçu de la carte, l'original du compte indiquant la transaction ainsi que le rapport de police en cas de vol.

#### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Les événements sans rapport avec un vol ou un dommage causé par un accident.
2. La disparition inexpliquée d'**Objets Éligibles**.
3. Les événements dus à une fraude, un traitement inadapté, un manque de soin ou au non-respect du manuel du fabricant.
4. Les **Objets Éligibles** usés avant achat, d'occasion, modifiés ou achetés de manière frauduleuse.
5. La détérioration d'**Objets Éligibles** en raison de produits défectueux ou d'erreur lors du processus de production.

6. Les vols qui n'ont pas été signalés à la police dans les 24 heures suivant leur constatation et pour lesquels aucun rapport écrit n'a été établi.
7. Les **Objets Éligibles** laissés **sans surveillance** dans un lieu accessible au public.
8. Le vol ou la détérioration d'**Objets Éligibles** dans une automobile à la suite du vol de ladite automobile.
9. Le vol de tout élément de toute propriété, terrain ou locaux à moins que l'entrée dans ou la sortie de la propriété ou des locaux ait été le résultat de l'utilisation de la force, et ait entraîné des dommages physiques apparents à la propriété ou aux locaux.
10. Les bijoux, montres, métaux précieux, pierres précieuses et tout objet fabriqué à partir de métaux précieux et de pierres précieuses.
11. Les automobiles, motocycles, bicyclettes, bateaux, caravanes, remorques, aéroglisseurs, avions et leurs accessoires.
12. Les significations, espèces, chèques de voyage, titres de transport, documents, devises, l'argent, l'or, les œuvres d'art, antiquités, pièces rares, timbres et objets de collection.
13. Les animaux, plantes vivantes, consommables, denrées périssables ou installations permanentes.
14. Les objets et équipements électroniques, y compris notamment les baladeurs, téléphones mobiles, lecteurs MP3/4, ordinateurs ou équipements informatiques pendant que **vous** **vous** trouvez sur **votre** lieu de travail, les objets utilisés à des fins professionnelles.
15. Les dommages dus à une usure normale, ou dus à un usage normal au cours d'activités sportives et ludiques (ex. : balles de tennis ou de golf).
16. Les vols et dommages survenant alors que l'**Objet Éligible** est sous la surveillance, le contrôle ou la garde d'un tiers autre que les personnes prévues par les règles de sécurité.
17. Les **Objets Éligibles** non reçus par le **Détenteur de Carte** ou une autre partie désignée par le **Détenteur de Carte**.
18. Tout article de vente par correspondance ou objet livré par la poste jusqu'à ce que l'objet soit reçu, que l'absence de dommages soit constatée et qu'il soit remis à l'adresse de livraison contre signature.
19. Les dépenses dues à des réparations qui n'ont pas été effectuées par des ateliers agréés par **nous-mêmes**.
20. Les dommages dus à l'eau, l'humidité ou aux tremblements de terre.
21. Une perte causée par une guerre déclarée ou non déclarée, ou par une confiscation sur ordre d'un gouvernement ou d'une administration publique, ou découlant d'actes illégaux.
22. Le vol de ou le dommage accidentel occasionné à un **Objet Éligible** lorsqu'une autre assurance couvre ce vol ou ce dommage accidentel, ou lorsque les conditions générales de cette autre assurance ont été enfreintes ou pour le remboursement de tout trop-perçu manifeste.

Veuillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

## SECTION I - ATTAQUE DE DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE

### CE QUI EST COUVERT

**Nous vous** rembourserons, à concurrence du montant maximum indiqué au **Tableau des Garanties**, si **vous** êtes victime d'une **Agression** lors d'un **Voyage** en dehors de **vos Pays de Résidence**, et que les espèces que **vous** avez retirées d'un distributeur automatique avec la **Carte Couverte**, ainsi que la **Carte Couverte**, **vous** sont dérobés dans les 4 heures suivant **vos** retrait.

### CE QUI N'EST PAS COUVERT

1. Toute somme en espèces retirée plus de 4 heures avant l'**Agression** et/ou qui n'est pas retirée à l'aide de la **Carte Couverte**.
2. Les demandes d'indemnisation portant sur une **Agression** qui n'a pas été signalée aux autorités de police locales dans un délai maximum de 24 heures ou qui n'a pas donné lieu à l'obtention d'un rapport écrit comportant un numéro d'incident et spécifiant le vol de la **Carte Couverte**.
3. Toute **Agression** qui ne **nous** est pas signalée dans un délai maximum de 72 heures.
4. Toute demande d'indemnisation non accompagnée d'une preuve du montant, de la date et de l'heure du retrait couvert.
5. Tout cas d'**Agression** lorsque **vous** n'avez pas fourni de rapport médical ou une déclaration officielle datée et signée d'un témoin, décrivant les circonstances de l'**Agression**, et comportant les nom et prénom du témoin, sa date et son lieu de naissance, son adresse et sa profession, ainsi qu'un document officiel faisant apparaître l'identité et la signature du témoin, tel qu'un passeport ou un permis de conduire.

Veillez vous reporter aux sections 6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES et 7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

## 9. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE D'INDEMNISATION

En cas de situation d'urgence, **vous** devez **nous** appeler au +32 78 156 012.

Pour déposer une demande non urgente, merci d'appeler notre équipe au +32 78 156 012 (du lundi au vendredi de 9 h à 17 h) afin d'obtenir un formulaire de demande d'indemnisation. **Vous** devrez indiquer :

- **vos** nom
- **vos** numéro de **Carte Couverte**
- les grandes lignes de **vos** demande.

**Nous vous** demandons de **nous** informer dans les 28 jours suivant le moment où **vous** avez conscience de la nécessité de déposer une demande d'indemnisation (sauf indication contraire) et de **nous** retourner dès que possible **vos** formulaire de demande d'indemnisation rempli et accompagné de tous les éventuels autres documents requis. Envoyez les formulaires complétés et les documents d'accompagnement à : AXA Assistance, ATI France, C/Tarragona N° 161, 08014 - Barcelona, España. Assurez-vous d'indiquer le numéro de référence de

vos demande sur les documents que **vous** envoyez. **Vous** pouvez choisir, en lieu et place de l'envoi postal, de transmettre **vos** formulaires complétés et **vos** documents d'accompagnement par e-mail à l'adresse suivante : [serviceclients@axa-assistance.com](mailto:serviceclients@axa-assistance.com). N'oubliez pas de mentionner le numéro de référence de votre demande dans le champ d'objet de votre message.

Veillez conserver une copie de tous les documents que **vous nous** envoyez. Pour **nous** aider à parvenir à un règlement rapide et juste d'une demande d'indemnisation, il peut parfois être nécessaire pour **nous** de nommer un agent de traitement des demandes.

## 10. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

**Nous nous** efforçons de **vous** offrir des services de très haute qualité. Si la qualité de **notre** service venait à se révéler inférieure à celle que **vous** attendiez de **nous**, la procédure ci-dessous **vous** indique les mesures à prendre en de telles circonstances.

**Nous** faisons en sorte de **vous** fournir une qualité de service qui réponde à **vos** attentes. Cependant, il peut arriver que **vous** ayez le sentiment que **vous** n'avez pas reçu le niveau de prestation auquel **vous** pensiez avoir droit. Dans ce cas, **nous** voulons le savoir afin d'apporter des actions correctrices.

### LORSQUE VOUS NOUS CONTACTEZ :

Communiquez-**nous vos** nom et coordonnées téléphoniques. Indiquez **vos** numéro de **Carte Couverte** et/ou le numéro de demande d'indemnisation. Expliquez clairement et de façon concise l'objet de **vos** réclamation.

### NOUS CONTACTER :

**Vous** devez contacter **AXA Assistance** au +32 32 867 800 (du lundi au vendredi de 9 h à 17 h) ou au +32 2401 9178 (en dehors des heures de bureau). Sinon, **vous** pouvez **nous** écrire à l'adresse suivante : AXA Assistance, ATI España, AXA Assistance Spain, C/Tarragona N°161, 08014 - Barcelona, España. **Vous** pouvez également nous envoyer un courriel à l'adresse suivante : [reclamaciones@ipartner.es](mailto:reclamaciones@ipartner.es)

Si **vous** n'êtes pas satisfait de **notre** réponse définitive, **vous** avez la possibilité de transmettre votre réclamation à l'OMBUDSMAN DES ASSURANCES. En voici les coordonnées :

Site Internet :

<http://www.ombudsman.as/fr/complaint/index.asp>

Adresse e-mail : [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

Fax : +32 (2)5475975

Adresse postale : adressée à Mme Josette Van Elderen, Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles

Tél. : +32 (2) 5475871

Ces procédures n'ont pas d'incidence sur **vos** droit à engager des actions en justice.

## **11. UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES**

En utilisant ces garanties, **vous** acceptez également que **nous** :

- a) utilisons et dévoilions des informations **vous** concernant **vous** et **vos** garanties (y compris des informations relatives à **votre** état de santé) aux compagnies qui font partie du groupe AXA Assistance à travers le monde, à **nos** partenaires, prestataires de services et représentants, afin de gérer et couvrir **vos** garanties, traiter et recueillir les paiements adéquats et lutter contre la fraude ;
- b) effectuons tout ce qui précède à l'intérieur et en dehors de l'Union européenne (UE). Cela comprend le traitement des renseignements **vous** concernant dans les pays dans lesquels la législation en matière de protection des données n'est pas aussi complète que dans l'UE. Cependant, **nous** avons pris des mesures appropriées pour garantir le même niveau (ou un niveau équivalent) de protection des renseignements **vous** concernant dans les pays hors UE ; et
- c) assurons le suivi de et/ou enregistrons **vos** appels téléphoniques en rapport avec la couverture pour garantir des niveaux de services et un fonctionnement du compte cohérents.

**Nous** utilisons une technologie avancée et avons recours à des pratiques professionnelles bien définies pour garantir que les renseignements **vous** concernant sont traités promptement, précisément et intégralement, le tout conformément à la législation applicable en matière de protection des données.

Si **vous** désirez savoir quelles informations le Groupe AXA Assistance détient sur **vous**, écrivez à l'adresse suivante :

AXA Travel Insurance, Data Protection Officer, The Quadrangle, 106-118 Station Road, Redhill, RH1 1PR, Royaume-Uni

Ce service peut être facturé si la loi le prévoit. Toute information erronée sera corrigée dans les plus brefs délais.

## **12. ANNULATION DES GARANTIES**

Ces garanties sont comprises avec **votre Carte Couverte**, elles ne peuvent donc pas être résiliées séparément. Si **vous** résiliez la Carte Couverte, la couverture prendra fin et toutes les garanties également. Veuillez consulter **votre** contrat relatif à la carte de crédit pour de plus amples informations quant au mode de résiliation de la **Carte Couverte**.