

AirPlus Traveller's Accident Insurance

Confirmation d'assurance pour AirPlus Traveller's Accident Insurance
pour votre Account, votre Virtual Card ou votre Corporate Card Numéro de police:
APAX1013

Portée de l'assurance

Conformément à l'entente d'assurance conclue entre TSM. et AirPlus International AG, votre compte/votre carte d'entreprise, ou votre Virtual Card avec la couverture AirPlus Traveller's Accident Insurance (Assurance accident en voyage), inclut la couverture d'assurance dont les détails sont indiqués ci-dessous. Cette police d'assurance prend fin au plus tôt le 31 décembre 2024.

Vous trouverez des explications détaillées dans les conditions de l'assurance, sous les articles spécifiés.

Les « Définitions générales relatives aux informations générales sur l'assurance », l'« Informations générales sur l'assurance conditions particulières TSM /AirPlus 2023 », et la « notice explicative sur le traitement des données » sont applicables.

A. Assurance accidents voyage en option pendant 30 jours

jusqu'à	CHF	648.000,00	en cas d'invalidité totale (prestation supplémentaire à partir de 70 %)
jusqu'à	CHF	432.000,00	en cas d'invalidité en tant que versement en capital
	CHF	432.000,00	en cas de décès

Pour les enfants jusqu'à 14 ans révolus, le montant du capital en cas de décès s'élève à CHF27.000,00.

Prestations supplémentaires en cas d'accident

jusqu'à	CHF	108.000,00	de frais de transport retour et de rapatriement, justifiés médicalement et ordonnés par un médecin, en cas d'accident
jusqu'à	CHF	27.000,00	de frais de sauvetage
jusqu'à	CHF	27.000,00	de frais de cure
jusqu'à	CHF	27.000,00	pour des opérations de chirurgie esthétique
jusqu'à	CHF	16.200,00	de prestation immédiate en cas de blessures graves
jusqu'à	CHF	16.200,00	d'indemnité pour frais de transformation
jusqu'à	CHF	5.400,00	d'indemnité de réadaptation
jusqu'à	CHF	5.400,00	de frais de soins en cas de séjour à l'étranger
	CHF	540,00	en cas de pose d'un plâtre
par jour	CHF	216,00	en cas de restriction délictueuse de la liberté individuelle par des tiers (jusqu'à un an)
par jour	CHF	216,00	en cas de coma (jusqu'à deux ans)
par jour	CHF	54,00	d'indemnité journalière en cas d'hospitalisation avec allocation de convalescence

Définitions générales relatives aux informations générales sur l'assurance - TSM / AirPlus 2023

Traduction du texte original en allemand.

En cas de litige, la version originale allemande prévaut.

<u>Assureur :</u>	<p>TSM Compagnie d'Assurances , Rue Jaquet-Droz 43b 2301 La Chaux-de-Fonds , Switzerland (company number CHE-105.763.241)</p> <p>Telephone: +41 (0) 22 819 44 00 E-mail : sales@tsm-assistance.com E-mail: airplusFRA@axa-travel-insurance.com</p> <p>- ci-après dénommée TSM, « nous » ou « notre/nos » -</p>
<u>Souscripteur :</u>	<p>AirPlus International AG Obstgartenstraße 27 8302 Kloten, Suisse</p> <p>- ci-après dénommée AirPlus -</p>
<u>Personne(s) assurée(s):</u>	<p>La couverture d'assurance s'applique aux personnes nommées dans les sections respectives des conditions d'assurance.</p> <p>- ci-après dénommées « vous » ou « votre/vos »</p>
<u>Corporate Card:</u>	<p>Toutes les cartes d'entreprise émises par le preneur d'assurance ou ses filiales/participations ou partenaires dans des pays de l'Espace économique européen (EEE) (actuellement : AirPlus Corporate Card de type 1, 2, 3, AirPlus Supreme Card, AirPlus Corporate Credit Card et les cartes privées associées émises jusqu'en 2021).</p> <p>- ci-après dénommée « Corporate Card » -</p>
<u>Account:</u>	<p>Tous les comptes de transactions centralisés ouverts par l'assuré ou ses filiales/participations ou partenaires de coopération (actuellement : AirPlus Company Account, AirPlus Debit Account, MC Lodged Account)</p> <p>- ci-après dénommé « Account »</p>
<u>Virtual Card :</u>	<p>Toutes les Virtual Cards Classic émises par l'assuré ou ses filiales/participations ou partenaires de coopération. Les cartes AirPlus Virtual Cards Classic existent dans les variantes Single-Use et Multi-Use. Avec la variante Single-Use, un numéro de Virtual Card peut être utilisé pour un paiement unique, avec la variante Multi-Use pour des paiements récurrents ayant la même destination.</p> <p>- appelée ci-après « Virtual Card »</p>
<u>Frais de voyage:</u>	<p>Les frais de déplacement incluent les coûts directement liés au voyage pouvant être payés au moyen d'une Corporate Card, d'une Virtual Card ou d'un Account. Cela inclut les coûts de transport et d'hébergement (hôtel, etc.). Ces coûts doivent être payés avec l'Account, la Virtual Card ou la Corporate Card, ou l'Account, la Virtual Card ou la Corporate Card doivent être enregistrés comme moyens de paiement.</p>
<u>Moyen de transport:</u>	<p>moyen de travail utilisé pour le voyage (avion, train, bateau / ferry, autocar ou véhicule de location) et, si la définition des termes inclus dans les « conditions</p>

générales de la couverture d'assurance » le précise, transport utilisé pour atteindre la destination, en complément du moyen de transport.

Économie du partage:

la personne assurée est en droit d'emprunter ou de louer les biens appartenant à des tiers par le biais d'un prestataire disposant d'une autorisation officielle. Cela inclut, par exemple, les services de véhicule avec chauffeur et de location d'hébergement.

Voyage:

tout déplacement à but professionnel ou personnel, quelle que soit la destination à travers le monde, qui commence et s'achève pendant la période de couverture. Cela n'inclut pas l'itinéraire régulier que vous empruntez pour aller au travail (en termes de trajet), même s'il s'agit de déplacements transfrontaliers.

Le contrat d'assurance a été conclu entre nous d'une part et AirPlus d'autre part au profit des personnes assurées correspondantes. L'exercice des droits découlant du contrat revient à la personne assurée. Concernant l'exécution des obligations et les conséquences du non-respect ou de l'inexécution des obligations, la personne assurée concernée est responsable.

Informations générales - conditions particulières TSM / AirPlus 2023

1. Identité de l'assureur :

TSM Compagnie d'Assurances
Rue Jaquet-Droz 43b,
2301 La Chaux-de-Fonds
Suisse

Téléphone: +41 22 819 44 00

E-Mail : sales@tsm-assistance.com

2. Domiciliation :

TSM Compagnie d'Assurances
Rue Jaquet-Droz 43b,
2301 La Chaux-de-Fonds

Téléphone: +41 22 819 44 00

E-Mail : sales@tsm-assistance.com

Pour l'anglais:

Téléphone: +44 (0) 203 281 7210

E-Mail: airplusENG@axa-travel-insurance.com

Pour l'allemand:

Téléphone: +49 (0)89 3803 5679

E-Mail: airplusDEU@axa-travel-insurance.com

Pour le français:

Téléphone: +33 170 770 434

E-Mail : airplusFRA@axa-travel-insurance.com

Pour l'italien:

Téléphone: +39 068 750 3255

E-Mail: airplusITA@axa-travel-insurance.com

3. Activité principale :

L'activité principale de la société est de mener des opérations d'assurance dans le domaine de l'assurance accidents et de l'assurance dommages.

4. Données sur l'existence d'un fonds de garantie

Aucun fonds de garantie n'est légalement prévu.

5. Caractéristiques essentielles de l'assurance

La couverture d'assurance s'applique aux voyages dans le monde entier, sous réserve de la clause de sanction au point 1.5.

Assurance accidents voyage en option pendant 30 jours

jusqu'à	CHF	648.000,00	en cas d'invalidité totale (prestation supplémentaire à partir de 70 %)
jusqu'à	CHF	432.000,00	en cas d'invalidité en tant que versement en capital
	CHF	432.000,00	en cas de décès

Pour les enfants jusqu'à 14 ans révolus, le montant du capital en cas de décès s'élève à CHF 27.000,00.

Prestations supplémentaires en cas d'accident

jusqu'à	CHF	108.000,00	de frais de transport retour et de rapatriement, justifiés médicalement et ordonnés par un médecin, en cas d'accident
jusqu'à	CHF	27.000,00	de frais de sauvetage
jusqu'à	CHF	27.000,00	de frais de cure

jusqu'à	CHF	27.000,00	pour des opérations de chirurgie esthétique
jusqu'à	CHF	16.200,00	de prestation immédiate en cas de blessures graves
jusqu'à	CHF	16.200,00	d'indemnité pour frais de transformation
jusqu'à	CHF	5.400,00	d'indemnité de réadaptation
jusqu'à	CHF	5.400,00	de frais de soins en cas de séjour à l'étranger
	CHF	540,00	en cas de pose d'un plâtre
par jour	CHF	216,00	en cas de restriction délictueuse de la liberté individuelle par des tiers (jusqu'à un an)
par jour	CHF	216,00	en cas de coma (jusqu'à deux ans)
par jour	CHF	54,00	d'indemnité journalière en cas d'hospitalisation avec allocation de convalescence

6. Prix total de l'assurance et frais

Pour les personnes assurées, aucune prime d'assurance séparée n'est due à TSM pour les prestations d'assurance incluses dans les cartes de crédit ou les cartes clients.

7. Paiement et modalités de paiement de la prime

Pour les personnes assurées, aucune disposition ne découle des présentes conditions d'assurance, eu égard au paiement et aux modalités de paiement de la prime à TSM.

8. Début et fin de la couverture d'assurance/prolongation de couverture

La couverture d'assurance pour les personnes assurées commence à l'acquisition ou plutôt à la mise à disposition de la carte de crédit prévoyant les prestations de garantie mentionnées dans les présentes.

Les dispositions différentes (par exemple, l'activation de la couverture d'assurance via l'utilisation de la carte) sont décrites ci-après.

La couverture d'assurance s'éteint le jour où la Corporate Card, la Virtual Card ou l'Account perd sa validité ou au moment où la protection d'assurance est résiliée, ou à la date à laquelle le contrat-cadre d'assurance prend fin.

Pour les prestations payées avec la Corporate Card, la Virtual Card ou l'Account avant cette date et dues en vertu de la couverture d'assurance du présent contrat, la couverture d'assurance est cependant accordée au-delà de la date d'expiration.

Conformément aux présentes conditions d'assurance, si des modifications sur l'étendue de la couverture devaient avoir lieu, les personnes assurées en seront informées par l'assureur via le souscripteur.

9. Droit de rétractation

Tout droit de rétractation séparé des personnes assurées concernant les prestations d'assurance incluses dans les cartes clients ou cartes de crédit est supprimé.

Les dispositions correspondantes des cartes clients ou cartes de crédit respectives s'appliquent.

10. Juridiction compétente et droit applicable

Pour les actions contre TSM découlant du contrat d'assurance, la compétence juridique est déterminée en fonction du siège d'TSM représenté par AXA Assistance. Le tribunal compétent localement est celui dans le district duquel vous êtes domicilié au moment de l'introduction de l'action ou à défaut dans le district duquel vous résidez habituellement.

Si l'action est exercée contre une personne physique, les actions découlant du contrat d'assurance contre une personne physique doivent être formées auprès du tribunal dans le ressort duquel la personne physique a son domicile ou à défaut sa résidence habituelle. Si l'action est exercée contre une personne morale, le tribunal compétent est déterminé en fonction du siège ou de la succursale de la personne morale.

Si la personne physique transfère son domicile dans un état hors d'Allemagne ou si son domicile ou lieu de résidence habituel n'est pas connu au moment de l'introduction de l'action, le tribunal exclusivement compétent pour les actions découlant du contrat d'assurance et de l'intermédiation en assurance est celui dans le district duquel TSM a son siège.

Le droit applicable au présent contrat est le droit allemand.

11. Langue du contrat

La communication pendant la durée du contrat a lieu exclusivement en langue allemande.

Qui plus est, les informations sur les sinistres et les prestations d'assistance peuvent être délivrées en langues anglaise.

Les autorités de contrôle compétentes pour les réclamations sont :

Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern
Téléphone: +41 31 327 91 00
Fax: +41 31 327 91 01

E-Mail: info@finma.ch

12. Procédures extrajudiciaires de réclamation et de recours (procédure de médiation)

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas d'accord avec notre décision, il est possible de régler le différend de manière extrajudiciaire en faisant intervenir un médiateur neutre.

Le médiateur en assurance est un organe de conciliation indépendant et travaillant gratuitement pour les consommateurs et les petits entrepreneurs. Pour bénéficier de la procédure de conciliation devant le médiateur, la personne assurée doit nous avoir préalablement donné la possibilité de réexaminer notre décision.

Vous pouvez joindre le médiateur des assurances à l'adresse suivante :

OMBUDSMAN DE L'ASSURANCE PRIVEE ET DE LA SUVA
CHEMIN DES TROIS-ROIS 5BIS
POSTFACH 5843, CH-1002 LAUSANNE

TEL.: +41(0)213175271,

FAX: +41(0)213175270

Email : OMBUDSMAN@AVOCATS-CH.CH

Pour plus de détails : <http://www.ombudsman-assurance.ch/>

Conditions particulières Inter Partner Assistance S.A. / AXA Assistance / AirPlus 2023

I. Dispositions générales

1. **Quels sont les rapports juridiques des personnes parties prenantes au contrat entre elles ?**

- 1.1. Si l'assurance est conclue au profit de tiers, l'exercice des droits découlant du contrat revient à la personne assurée.
- 1.2. Toutes les dispositions applicables à la personne assurée doivent être appliquées à ses ayants droit et autres demandeurs.
- 1.3. Les droits à l'assurance ne peuvent pas être cédés ou mis en gage sans notre accord avant leur échéance.

2. **Quand les droits découlant du contrat se prescrivent-ils ?**

- 2.1. Les droits découlant du contrat d'assurance se prescrivent après trois ans. Le calcul du délai est conforme aux dispositions générales du Code civil allemand.
- 2.2. Si une réclamation découlant du contrat d'assurance est portée à notre connaissance, la prescription de cette annonce est interrompue jusqu'au moment où notre décision écrite vous parvient.

3. **Conditions préalables à la couverture d'assurance**

En général, pour bénéficier de la couverture d'assurance, la présente couverture d'assurance doit avoir été conclue pour l'Account, la Virtual Card ou la Corporate Card et tous les frais de voyage doivent avoir été réglés sur l'Account, la Virtual Card ou la Corporate Card.

Indépendamment de l'utilisation de la carte, la couverture d'assurance s'applique aux accidents dans les transports dans le véhicule de fonction, au transport retour et aux rapatriements justifiés médicalement et ordonnés par un médecin ainsi qu'à l'assurance maladie en voyage à l'étranger.

Si le paiement au moyen de l'Account, la Virtual Card ou de la Corporate Card n'est pas possible avant le début du voyage, la protection d'assurance est alors activée si la carte correspondante est enregistrée comme moyen de paiement dans un système de réservation avant le début du voyage et si le décompte est effectivement effectué sur celui-ci. En cas de décès, l'enregistrement de la carte correspondante dans un système de réservation suffit à activer la couverture d'assurance.

4. **Dispositions pour les voyageurs disposant simultanément de la Corporate Card et d'un Account ou Virtual Card**

S'il existe simultanément un Account avec couverture d'assurance, une Virtual Card avec couverture d'assurance et une Corporate Card avec couverture d'assurance, la couverture d'assurance totale existant pour l'Account, la Virtual Card ou la Corporate Card et toutes les prestations convenues est activée via l'utilisation de l'une des cartes.

Indépendamment de l'utilisation de la carte, la couverture d'assurance s'applique aux accidents dans les transports dans le véhicule de fonction, au transport retour et aux rapatriements justifiés médicalement et ordonnés par un médecin ainsi qu'à l'assurance maladie en voyage à l'étranger.

L'indemnité versée est toujours celle qui découle du meilleur contrat pour le demandeur. Des prestations d'assurance similaires découlant de plusieurs contrats au sein du présent contrat-cadre ne s'additionnent pas.

5. **Exclusions générales**

a) Exclusions sanctions

Nous ne fournissons pas de couverture d'assurance tant qu'une couverture est interdite par les dispositions légales applicables en vertu du droit allemand et/ou européen. Les dispositions légales applicables sont les suivantes :

- Loi relative aux échanges extérieurs (AWG)
- Décret relatif aux échanges extérieurs (AWV)
- Règlements de l'Union européenne, par exemple le Règlement UE 961/2010

Il vous sera possible de trouver toutes les informations concernant les sanctions applicables par les organismes de réglementation sur le site suivant :

https://www.eeas.europa.eu/eeas/european-union-sanctions_en

b) Mise en garde concernant les voyages

Aucune couverture n'est offerte pour les voyages à destination d'un pays ou d'une région spécifique ou pour un événement spécifique si les autorités gouvernementales du pays du siège social (est déterminant le siège

de la société dans lequel la personne est employée) ou l'Organisation mondiale de la Santé a déconseillé de s'y rendre au moment du déplacement ou si ces régions sont placées officiellement sous embargo des Nations Unies. La couverture par l'assurance n'est pas non plus accordée si les autorités gouvernementales du pays de destination ont déconseillé de se rendre dans le pays du siège social et si ceci entraîne des frais supplémentaires. Une couverture par l'assurance est toutefois accordée si un événement ayant entraîné une mise en garde concernant les voyages se produit de manière inattendue après le début du voyage. La couverture par l'assurance s'éteint à la fin du septième jour suivant la mise en garde concernant les voyages.

6. Exercice des droits/bénéficiaires

L'assurance est conclue au profit de la personne assurée.

En cas de sinistre l'exercice des droits revient à la personne assurée ; en cas de décès il revient à ses héritiers respectifs.

Seules les personnes assurées bénéficient des prestations.

En cas de décès, la prestation tombe dans la succession du défunt.

La personne assurée ou son héritier lors d'un sinistre fait valoir ses droits immédiatement et sans l'accord du souscripteur, directement auprès de l'assureur.

L'assureur renonce à la possibilité que lui offre l'article 35 de la VVG, de compenser les droits de la personne assurée découlant du contrat d'assurance avec les créances de prime dues et/ou une autre créance lui revenant en vertu du contrat d'assurance.

7. Limites des prestations d'assurance (cumul)

Notre prestation plafond pour tous les Accounts, Virtual Card et Corporate Cards, lors d'un sinistre, s'élève à :

48 600 000 CHF par événement s'il s'agit d'un accident d'aviation

75 600 000 CHF par événement si l'événement est un autre accident de voyage

Si ce montant est dépassé, les prestations d'assurance de toutes les personnes assurées impliquées dans l'accident seront diminuées proportionnellement.

8. Modifications du contrat

Si des modifications au contrat sont convenues entre le souscripteur et l'assureur, elles s'appliquent à partir de la date de prise d'effet des Accounts, Virtual Cards et Corporate Cards déjà émis et nouveaux qui sont prévus avec la couverture d'assurance du présent contrat.

9. Subsidiarité

L'indemnité versée est toujours celle qui découle du meilleur contrat pour le demandeur.

a) Subsidiarité envers des tiers

Si la personne assurée a droit à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est alors tenu de verser des prestations uniquement pour les dépenses qui dépassent lesdites prestations du tiers.

L'assureur ne paye aucune indemnité, dans la mesure où une prestation peut être réclamée en vertu d'un autre contrat d'assurance pour le sinistre.

Les prestations en cas de décès et d'invalidité de l'assurance accidents dans les transports et en voyage sont exclues de la présente disposition.

b) Subsidiarité en cas d'existence de plusieurs contrats accidents AirPlus

Les montants de garantie découlant du contrat-cadre existant entre AirPlus et l'assureur sont octroyés soit en vertu de l'assurance accidents dans les transports soit en vertu de l'assurance accidents voyage.

L'indemnité versée est toujours celle qui découle du meilleur contrat pour le demandeur. Les prestations d'assurance similaires découlant de plusieurs contrats au sein du présent contrat-cadre AirPlus ne s'additionnent pas.

10. Paiement dans une devise étrangère

Les frais engagés dans une devise étrangère sont remboursés en CHF en cas de paiement avec une Corporate Card, une Virtual Card en fonction du débit du Account de la carte de crédit.

Si les frais engagés dans une devise étrangère n'ont pas été payés avec une Corporate Card, une Virtual Card la conversion a lieu en CHF au taux de la BCE (Banque centrale européenne) le jour où les justificatifs arrivent chez l'assureur. En cas de besoin, le montant en CHF peut aussi être mis à disposition en devises (converties au taux le jour du virement) à l'étranger.

11. Faire valoir un sinistre

Pour les sinistres ou les questions concernant les garanties, vous pouvez contacter nos experts de 9:00 à 17:00 CET au +33 170 770 434. En cas d'urgence, vous pouvez joindre l'assistance au même numéro 24/7.

Pour bénéficier d'une prestation de retour dans votre pays de résidence, veuillez contacter le département concerné au +33 170 770 434 (du lundi au vendredi, 9 h - 17 h) pour obtenir un formulaire de demande de prestation. Vous devrez indiquer :

- votre nom
- votre numéro de police d'assurance (voir page 1 de ce document)
- une brève description du sinistre.

Veuillez nous informer dans les 28 jours suivant la survenance d'un sinistre. Pour ce faire, envoyez le formulaire de déclaration de sinistre transmis par AXA, dûment rempli et accompagné de toute la documentation nécessaire, à l'adresse suivante: airplusFRA@axa-travel-insurance.com

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de demande dans l'objet de la demande, s'il est déjà disponible.

A partir du 01.01.2024, vous aurez la possibilité de transmettre ces informations en ligne. Pour ce faire, scannez ce code QR ou suivez le lien: <https://airplus.claims.axa.travel/>



Il est conseillé de conserver une copie de tous les documents que vous nous faites parvenir.

12. Quelles conséquences le non-respect des obligations a-t-il ?

Si une obligation mentionnée au point II des prestations d'assurance suivantes est délibérément violée, vous perdez votre couverture d'assurance. En cas de violation d'une obligation par négligence grave, nous pouvons diminuer notre prestation en fonction de la gravité de votre faute. Ces deux cas sont valables, si nous vous avons signalé les conséquences juridiques par écrit dans une communication séparée.

Si vous prouvez que vous n'avez pas violé les obligations par négligence grave, la couverture d'assurance reste en vigueur.

La couverture d'assurance reste également en vigueur, si vous prouvez que la violation de l'obligation n'était pas à l'origine de la réalisation du risque ou de la constatation du sinistre ou, de la constatation ou de l'étendue de la prestation. Ceci ne s'applique pas, si vous violez l'obligation dolosivement.

II. Prestations d'assurance

A. Assurance accident en voyage et transport

A.1 Explications sur l'assurance accident transport

Non inclus

A.21 Explications sur l'assurance accidents en voyage (couverture pendant 24 heures)

1. Personnes assurées

Account

Tous les collaborateurs et invités autorisés sont assurés.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

Virtual Cards

Tous les collaborateurs et invités autorisés sont assurés.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

Corporate Cards

Sont assurés

- tous les détenteurs d'une Corporate Card,
 - le conjoint ou le concubin,
 - ses enfants (y compris les enfants d'un autre lit, adoptés, placés ainsi que ceux du concubin assuré) jusqu'à leur 25 ans révolus, dans la mesure où ils suivent une première formation scolaire ou professionnelle,
 - pour les voyages d'affaires et privés.
- les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

Corporate Card AirPlus (CoCa Daimler)

La personne assurée est détentrice d'une Corporate Card valide, émise par le souscripteur, établie à son nom et pourvue d'une couverture d'assurance.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

2. Conditions préalables à la couverture d'assurance

La condition préalable à la couverture d'assurance est que les frais engagés pour

- les billets d'avion,
 - les billets de train/de ferry-boat,
 - les billets d'autocars ou
 - les voyages à forfait (regroupement de deux prestations de voyage au minimum, si au moins un moyen de transport assuré est compris dans le package)
- aient été intégralement payés sur un Account, une Virtual Card ou avec une Corporate Card qui prévoit la couverture d'assurance (contrat au profit de tiers).

3. Étendue de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance est concédée indépendamment de l'existence d'autres assurances accidents. Les prestations d'assurance découlant de plusieurs contrats d'assurance du contrat-cadre ne s'additionnent pas :

1. En tant que passager sur des vols avec un aéronef autorisé sur le trafic aérien, en tant que voyageur lors de trajets en train/utilisateur de ferry-boat ou d'autocars

La couverture d'assurance commence à chaque fois à l'entrée dans le périmètre de l'aéroport/de la gare/du port de ferry ; elle est valable pendant toute la durée du voyage (jusqu'à 30 jours) et se termine après l'arrivée du vol retour/train ou du ferry au moment de quitter le périmètre de l'aéroport/la gare/du port de ferry.

Si des moyens de transport sont utilisés sur le trajet direct jusqu'à l'aéroport/la gare/le port de ferry avant le départ prévu, la couverture d'assurance commence alors déjà à la montée dans le moyen de transport. La couverture d'assurance se termine à la descente du moyen de transport qui a été utilisé après l'arrivée du vol retour/train ou ferry. Les accidents ayant lieu pendant le transport de substitution offert par la société de transport en raison du mauvais temps ou pour des raisons techniques sont également assurés de la même manière.

Si le délai entre deux vols réservés avec un billet dépasse 30 jours, la couverture d'assurance s'éteint 30 jours après le vol de départ à minuit. Pour les autres vols ou vols retour réservés avec le billet, la couverture d'assurance existe uniquement pendant le vol.

Dans la mesure où un vol ou un trajet aller (aller simple) est réservé via un billet d'avion, de train ou de bateau, la couverture d'assurance prend fin après l'arrivée du moyen de transport à la descente du dernier moyen de transport.

Pour les cartes du réseau ferroviaire :

La couverture d'assurance s'applique également aux trajets effectués avec une carte du réseau ferroviaire, dans la mesure où la carte a été payée sur un Account, une Virtual Card ou avec une Corporate Card assuré(e).

2. En tant que participant à des voyages à forfait (regroupement de deux prestations de voyage au minimum, si au moins un moyen de transport assuré est compris dans le package)
La couverture d'assurance s'applique par analogie aux prestations comprises dans le voyage à forfait.

En outre, pour les détenteurs de la Corporate Card

3. En tant que détenteur de la Corporate Card ayant droit à un véhicule de fonction

Le détenteur d'une Corporate Card se voit accorder, dans la mesure où il n'existe aucune couverture d'assurance conformément aux points 1 à 2, une couverture d'assurance pour véhicule de société/fonction lors de ses déplacements professionnels en tant que conducteur ou passager dudit véhicule. La couverture d'assurance s'applique à chaque fois à la montée dans et se termine à la descente du véhicule, sauf pour les arrêts de courte durée.

Les détenteurs de la carte ayant droit à un véhicule de fonction sont les personnes auxquelles est confié un véhicule de société/de fonction pour une utilisation permanente.

Par « véhicule de société/de fonction », on entend toutes les voitures de tourisme/voitures commerciales en leasing ou achetées par les clients de la société AirPlus pour le groupe de personnes susmentionné, et/ou autorisées pour les clients de la société AirPlus qui servent au transport de personnes.

La présente couverture d'assurance existe indépendamment de l'utilisation de la carte.

Le détenteur d'une Corporate Card ayant droit à un véhicule de fonction bénéficie de la couverture d'assurance (dont l'étendue est mentionnée ci-dessus) également en cas d'utilisation professionnelle d'un véhicule de remplacement non inclus dans le terme « véhicule de société/fonction », dans la mesure où il prouve, en cas de sinistre, que le véhicule de société/fonction était temporairement hors d'usage et que, pour cette raison, un véhicule de remplacement devait être utilisé.

Dans la mesure où plusieurs détenteurs d'une Corporate Card ayant droit à un véhicule de fonction bénéficient d'une couverture d'assurance lors de l'utilisation des véhicules de société/fonction et entreprennent une course de service ensemble avec un véhicule de société/fonction, les montants de garantie du présent contrat sont disponibles pour chacun d'entre eux.

Les trajets quotidiens entre le domicile et le lieu de travail réguliers et inversement n'entrent pas dans le cadre de la couverture d'assurance.

A.3 Prestations supplémentaires en cas d'accident

Frais médicaux de transport retour et de rapatriement

1. Personnes assurées

Account

Tous les collaborateurs et invités autorisés sont assurés.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

Virtual Cards

Tous les collaborateurs et invités autorisés sont assurés.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

Corporate Cards

Sont assurés

- tous les détenteurs d'une Corporate Card,
- le conjoint ou le concubin,
- ses enfants (y compris les enfants d'un autre lit, adoptés, placés ainsi que ceux du concubin assuré) jusqu'à leur 25 ans révolus, dans la mesure où ils suivent une première formation scolaire ou professionnelle, pour les voyages d'affaires et privés.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

AirPlus Corporate Credit Card (CoCa Daimler)

La personne assurée est détentrice d'une Corporate Card valide, émise par le souscripteur, établie à son nom et pourvue d'une couverture d'assurance.

Les réservations jusqu'à 10 personnes maximum sont réputées assurées. La couverture s'applique à toutes les personnes concernées par les réservations collectives/de groupe.

2. Conditions préalables à la couverture d'assurance

Les prestations pour le transport retour et le rapatriement justifiés médicalement et ordonnés par un médecin consécutives à un accident sont fournies indépendamment de l'utilisation de la carte.

3. Étendue de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance existe pour le transport retour ou le rapatriement justifié médicalement et ordonné par un médecin en raison d'un accident, par avion ou un autre moyen de transport approprié, dans le pays dans lequel la personne a son domicile habituel ou à l'étranger vers un hôpital approprié situé sur le lieu du domicile de la personne assurée.

En cas de décès de la personne assurée, le rapatriement a lieu au dernier domicile.

S'il existe une couverture d'assurance avec prise en charge des frais susmentionnés par un autre assureur/caisse d'assurance, celui-ci/celle-ci est tenu(e) de verser les prestations en priorité. Dans la mesure où un autre assureur/caisse d'assurance intervient, le droit à remboursement découlant du présent contrat ne peut être invoqué que pour les frais restants jusqu'à hauteur du montant de l'assurance. Si un autre assureur/caisse d'assurance conteste son obligation de payer, la personne assurée peut s'adresser directement à nous.

Toutes les autres prestations complémentaires consécutives à un accident découlent des dispositions suivantes des « Conditions générales des assurances accidents dans les transports et en voyage ».

A.4 Conditions générales des assurances accidents dans les transports et en voyage

1 Qu'est-ce qui est assuré ?

1.1 Nous proposons une couverture d'assurance en cas d'accidents qui arrivent à la personne assurée pendant la validité du contrat.

1.2 On entend par accident, toute circonstance dans laquelle la personne assurée subit involontairement une altération de sa santé consécutive à la survenance soudaine d'un événement exogène (accident).

1.3 Sont également considérées comme accidents, les circonstances dans lesquelles les membres ou la colonne vertébrale de la personne assurée sont soumis à un effort d'une intensité inhabituelle :

- la luxation d'une articulation, ou
- la déchirure ou la distension de muscles, tendons, ligaments ou de capsules articulaires, ainsi que
- le décès par noyade ou par étouffement sous l'eau,
- une altération de la santé typique de la plongée (maladie des caissons, lésions du tympan) sans qu'un accident ne puisse être constaté,
- lorsque la personne assurée subit une altération de sa santé en se défendant légitimement ou en s'efforçant de sauver des vies humaines ou des biens.

1.4 Les dommages sur la santé dans des conditions météorologiques extrêmes (gel, insolation, etc.) suite à un accident assuré au sens du point 1.2 sont réputés assurés.

1.5 La couverture d'assurance s'applique aux sauveteurs alors qu'ils s'efforcent de sauver une personne assurée. Les montants de garantie s'élèvent à CHF 27.000,00 en cas de décès et à CHF 27.000,00 en cas d'invalidité.

La couverture d'assurance s'applique uniquement si le sauveteur n'est pas une personne autrement assurée dans le cadre du présent contrat d'assurance.

1.6 Frais de sauvetage

1.6.1 Si la personne assurée a été victime d'un accident au sens des points 1.2 à 1.5, l'assureur rembourse, jusqu'à hauteur de CHF 27.000,00 :

- a) les frais engagés nécessaires pour les interventions de recherche, de sauvetage ou de dégagement par des services de sauvetage régis par le droit public ou privé, dans la mesure où des frais sont facturés à cette fin,
- b) les frais engagés nécessaires pour le transport du blessé vers l'hôpital le plus proche ou vers une clinique spécialisée, si cela est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin,
- c) les frais engagés nécessaires pour le coût supplémentaire lors du retour du blessé à son domicile habituel, si les frais supplémentaires émanent des instructions des médecins ou s'ils étaient inévitables selon le type de blessure ;
- d) Les frais engagés nécessaires pour le transport jusqu'au dernier domicile habituel en cas de décès. En cas de décès consécutif à un accident à l'étranger, il est possible d'opter pour les frais d'inhumation à l'étranger au lieu du transport jusqu'au domicile.
- e) en cas d'accident à l'étranger, les frais de retour ou d'hébergement supplémentaires engagés pour les enfants mineurs et le partenaire de la personne assurée qui voyage avec elle.

1.6.2 Si la personne assurée doit payer les frais conformément au point 1.6.1 a), bien qu'elle n'ait été victime d'aucun accident, mais qu'un tel accident menaçait d'être imminent ou qu'il était à supposer selon des circonstances concrètes, l'assureur est également tenu de verser des prestations à la personne assurée.

1.6.3 Dans la mesure où une autre entité/personne est tenue de verser des prestations, le droit à remboursement vis-à-vis de nous ne peut être invoqué que pour les frais restants. Si une autre entité/personne tenue de verser des prestations conteste son obligation, vous pouvez vous adresser directement à nous.

1.7 Indemnité de réadaptation

1.7.1 Conditions préalables à la prestation

1.7.1.1 La personne assurée a suivi une réadaptation justifiée médicalement

- après un accident au sens du présent contrat
- en raison de l'altération de sa santé générée par l'accident ou ses conséquences
- dans un délai de trois ans à compter du jour de l'accident
- pendant une période ininterrompue d'au moins trois semaines

La personne assurée prouve les présentes conditions préalables en présentant l'attestation médicale de sortie ainsi que les documents de consentement de la mesure de réadaptation par les organismes d'assurance-retraite, la caisse d'assurance maladie obligatoire ou privée ou le bureau d'aide sociale ou le service public d'aide sociale.

1.7.1.2 Sont également assurées les mesures de réadaptation semi-résidentielle, grâce auxquelles la personne assurée bénéficie d'un programme thérapeutique similaire à celui des patients hospitalisés, à l'exception de l'hébergement.

1.7.1.3 Ne sont pas assurés :

- le suivi médical intensif de réadaptation (IRENA),
- le post-traitement (AHB) après un séjour à l'hôpital,
- le suivi à l'hôpital de la caisse d'assurance accidents allemande (BGSW),
- les autres traitements hospitaliers, pour lesquels l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation (résultant d'une assurance accidents ou d'une assurance maladie) est perçue auprès de notre société ou d'une autre société.

1.7.1.4 Montant de la prestation

1.7.2.1 L'indemnité de réadaptation versée s'élevé à CHF 5.400,00 maximum par accident.

1.8 Indemnité pour frais de cure

1.8.1 Après un accident au sens du point 1.2, l'assureur paye une indemnité de cure jusqu'à CHF 27.000,00, si les conditions préalables suivantes sont remplies :

- D'après le dernier certificat médical, l'invalidité est imminente ou est déjà existante. Le certificat médical doit prouver la nécessité médicale d'une cure et son rapport avec l'accident.
- L'indemnité est utilisée pour une cure de trois semaines minimum qui sera effectuée dans un délai de trois ans à compter du jour de l'accident et qui a un rapport de causalité avec les conséquences de l'accident.
- Tout autre droit éventuel à prestation doit être épuisé avant d'avoir recours à la présente assurance.

1.9 Opérations de chirurgie esthétique

1.9.1 Après un accident au sens du point 1.2, l'assureur paye des frais d'opérations de chirurgie esthétique jusqu'à CHF 27.000,00 .

1.9.2 Si les blessures de la personne assurée causées par l'accident nécessitent une opération de chirurgie esthétique, l'assureur prend en charge les frais engagés afférents pour

- les honoraires du médecin
- les autres frais de l'opération de chirurgie esthétique
- les frais d'hébergement et d'alimentation dans la clinique (hors frais supplémentaires de denrées alimentaires, de boissons et de tabac).

Les frais de soins et de prothèses dentaires sont pris en charge uniquement s'il s'agit d'une perte ou d'une atteinte des incisives et des canines, consécutive à l'accident.

1.9.3 *Sauf disposition contraire :*

Les opérations et le traitement clinique de la personne assurée doivent avoir lieu avant expiration de la 3ème année suivant l'accident. Si la personne assurée a moins de 18 ans au moment de l'accident, le remboursement des frais s'effectue alors, si l'opération et le traitement clinique ne sont pas réalisés dans ce délai, avant les 21 ans révolus de la personne assurée.

1.9.4 Dans la mesure où une autre entité/personne est tenue de verser des prestations, le droit à remboursement vis-à-vis de nous ne peut être invoqué que pour les frais restants. Si une autre entité/personne tenue de verser des prestations conteste son obligation de payer, la personne assurée peut s'adresser directement à l'assureur.

1.10 Prestation immédiate en cas de blessures graves

1.10.1 Conditions préalables à la prestation

La personne assurée, en raison d'un accident au sens du point 1.2, a souffert de l'une des blessures graves mentionnées ci-dessous et elle l'a fait valoir auprès de l'assureur sur présentation d'un certificat médical, dans un délai de six mois après l'accident :

1.10.1.1 paraplégie suite à une lésion de la moelle épinière

1.10.1.2 amputation d'au moins un pied ou une main en entier

1.10.1.3 traumatisme craniocérébral avec contusion cérébrale décelée sans nul doute (contusion) ou hémorragie cérébrale

1.10.1.4 blessures graves multiples/polytraumatisme

1.10.1.4.1 fracture de deux os longs (combinaison du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe)

1.10.1.4.2 dommages détruisant les tissus de deux organes internes

1.10.1.4.3 combinaison d'au moins deux des blessures suivantes :

- fracture d'un os long
- fracture du bassin
- fracture d'une ou de plusieurs vertèbres
- dommages détruisant les tissus d'un organe interne

1.10.1.5 brûlures au deuxième ou troisième degré de plus de 30 % de la surface corporelle.

1.10.1.6 perte de la vue ou grave handicap de la vue aux deux yeux ; en cas de handicap de la vue, acuité visuelle à cinq pour cent maximum

1.10.2 Aucune prestation immédiate n'est versée, si la personne assurée décède dans un délai de deux mois à compter du jour de l'accident.

1.10.3 Type et montant de la prestation

1.10.3.1 La personne assurée reçoit une prestation immédiate unique à hauteur de 5 % du montant de la garantie principal en cas d'invalidité, mais au maximum CHF 16.200,00, si elle souffre de blessures graves au sens du point 1.10.1, suite à un accident relevant de l'assurance.

1.10.3.2 La prestation immédiate n'est versée qu'une fois à la suite d'un accident, indépendamment du nombre de blessures mentionnées dont souffre la personne assurée.

1.11 Prestation en cas de coma

Si la personne assurée tombe dans le coma à la suite d'un accident, CHF 216.00 par jour sont versés pendant la période de cet état, et ce, pendant deux ans au maximum.

1.12 Frais de transformation

1.12.1 Conditions préalables à la prestation

1.12.1.1 Les capacités physiques ou mentales de la personne assurée sont altérées en cas d'accident assuré dans le cadre du présent contrat (invalidité).

En raison de cette invalidité, la personne assurée ne peut pas poursuivre son activité professionnelle sans être limitée ou surmonter pleinement les tâches du quotidien.

Via la transformation du poste de travail, l'activité professionnelle peut à nouveau être reprise en tout ou partie ou le quotidien peut être mieux surmonté.

1.12.1.2 Le droit au remboursement des frais de transformation doit être invoqué auprès de l'assureur dans un délai de deux ans après l'accident.

1.12.1.3 Dans la mesure où une autre personne est tenue de verser des prestations, le droit à remboursement vis-à-vis de l'assureur ne peut être invoqué que pour les frais restants. Si une autre entité/personne tenue de verser des prestations conteste son obligation, vous pouvez vous adresser directement à nous.

1.12.2 Type et montant de la prestation

1.12.2.1 L'assureur rembourse au total jusqu'à CHF 16.200,00 de frais, sur présentation des justificatifs, pour la transformation du poste de travail ou pour les cas régis aux points

1.12.2.2 et 1.12.2.3.

Par « poste de travail », on entend le lieu où la personne assurée exerçait son activité professionnelle, la majeure partie du temps avant l'accident.

Les frais (CHF 16.200,00 maximum) sont remboursés pour la transformation :

- de mobilier de bureau
- d'un bureau (par exemple, l'élargissement des portes)
- d'un bâtiment (par exemple, la construction de rampes, un ascenseur)
- de toilettes
- de machines
- d'une voiture de tourisme ou d'un poids lourd
- d'autres installations

ou, dans la mesure où la transformation du poste de travail n'est pas nécessaire, 80 % des frais (CHF 16.200,00 au maximum) pour la transformation d'un logement adapté aux personnes handicapées (par exemple, l'installation de rampes, la mise en place d'un système d'appel d'urgence, la transformation de la cuisine et de la salle de bains).

1.12.2.2 Si la transformation est plus chère qu'une nouvelle acquisition, les frais pour la nouvelle acquisition sont remboursés.

1.12.2.3 Si la personne assurée décide d'un commun accord avec son employeur qu'un nouveau poste de travail soit aménagé au lieu de transformer l'ancien poste de travail, les frais à cette fin sont aussi remboursés.

Si une transformation du logement de la personne assurée est impossible, les frais de déménagement dans un logement adapté aux personnes handicapées sont pris en charge à la place.

Si une transformation du poste de travail ou du logement ou le déménagement dans un logement adapté aux personnes handicapées n'est pas nécessaire mais que la transformation de la voiture de tourisme privée de la personne assurée l'est, ces frais sont réglés.

1.12.3 Les frais peuvent être remboursés uniquement pour la transformation ou le nouvel aménagement du poste de travail ou la transformation du logement ou le déménagement dans un logement adapté aux personnes handicapées ou la transformation d'une voiture de tourisme privée. Les différentes possibilités ne peuvent pas être combinées.

1.13 Frais de soins lors de séjours à l'étranger

1.13.1 Conditions préalables à la prestation

La personne assurée a été victime d'un accident lors d'un séjour à l'étranger d'une durée d'un an maximum.

Des frais de soins engagés pour remédier aux conséquences de l'accident n'ont pas été remboursés par un assurance maladie privée ou publique.

1.13.2 Type et montant de la prestation

Cinq mille quatre cents CHF au maximum sont remboursés à partir d'un montant de CHF 54.00 par sinistre pour

- les honoraires médicaux
- les autres frais d'opération
- les frais nécessaires à l'hébergement et à l'alimentation dans l'hôpital, hors frais supplémentaires de denrées alimentaires, de boissons et de tabac.
- les médicaments
- les membres artificiels
- les pansements, sur présentation des justificatifs

1.14 Prestation accordée en cas de pose d'un plâtre

1.14.1 Conditions préalables à la prestation

À la suite d'un accident, la personne assurée a porté un plâtre sur instruction du médecin pendant plus de 21 jours.

14.2 Montant et durée de la prestation

Le montant versé en une fois en cas de pose d'un plâtre s'élève à CHF 540.00 pour chaque accident.

1.15 Disparition

Si une personne est portée disparue, un droit à prestation naît en fonction de la somme assurée en cas de décès.

L'assureur est tenu de verser la prestation, uniquement si le décès de la personne assurée est déclaré dans la procédure provocatoire, si la disparition a été rendue publique et si un acte est présenté. Si la personne assurée a survécu et n'est plus portée disparue, le paiement effectué doit être remboursé.

1.16 Restriction délictueuse de la liberté individuelle par des tiers

1.16.1 Conditions préalables à la prestation

La personne assurée a subi un préjudice physique ou psychique suite à une restriction délictueuse de sa liberté individuelle par des tiers.

1.16.2 Type et montant de la prestation

Deux cents seize CHF par jour sont remboursés pour une durée maximale d'un an.

2 Autres types de prestations complémentaires convenus

2.1 Prestation en cas d'invalidité

2.1.1 Conditions préalables à la prestation

2.1.1.1 Les capacités physiques ou mentales de la personne assurée sont durablement altérées par l'accident (invalidité).

L'invalidité est

- survenue dans un délai de dix-huit mois après l'accident et
- a été constatée par écrit par un médecin dans un délai de 24 mois après l'accident et elle a été invoquée par la personne assurée auprès de nous. Le délai est considéré comme respecté, si un médecin a été mandaté à temps pour remettre les informations nécessaires, même s'il ne met pas ses informations à disposition dans les délais convenus.

2.1.1.2 Aucune prestation d'invalidité ne peut être réclamée, si la personne assurée décède des suites de l'accident dans un délai d'un an après celui-ci.

2.1.2 Type et montant de la prestation

2.1.2.1 Nous payons la prestation d'invalidité sous la forme d'un capital.

2.1.2.2 Le montant de l'assurance et le degré d'invalidité consécutif à l'accident servent de base au calcul de la prestation.

2.1.2.2.1 En cas de perte ou de perte de l'usage de parties du corps et d'organes sensoriels ci-dessous, les degrés d'invalidité suivants s'appliquent :

le bras ou la main	100 %
le pouce	30 %
l'index	20 %

autres doigts	15 %	
la jambe ou le pied	100 %	
le gros orteil	15 %	
autres orteils	5 %	
la mâchoire inférieure en raison d'une intervention chirurgicale		30 %
l'œil *)	100 %	
l'ouïe d'une oreille	40 %	
l'ouïe d'une oreille, dans la mesure où l'ouïe de l'autre oreille avait déjà été perdue lors d'un accident	70 %	
l'ouïe des deux oreilles	100 %	
l'odorat	20 %	
le goût	20 %	
la parole	100 %	
la capacité à procréer chez les hommes	30 %	
la fécondité et la capacité à procréer chez les femmes jusqu'à 40 ans	30 %	

En cas de perte partielle ou de déficit fonctionnel, la part correspondante du pourcentage afférent s'applique.

*) perte totale, durable de la vue

- des deux yeux, si la personne assurée est enregistrée dans le registre des personnes aveugles suivant le constat d'un ophtalmologiste qualifié, ou
- d'un œil, si la vue est inférieure à 3/60, selon le tableau de Snellen, même après correction.

2.1.2.2.2 Pour d'autres parties du corps et organes sensoriels, le degré d'invalidité se mesure en fonction de l'altération des capacités corporelles ou mentales normales dans leur ensemble. Seuls les aspects médicaux sont à prendre en compte.

2.1.2.2.3 Si des parties du corps ou des organes sensoriels concerné(e)s ou leurs fonctions étaient déjà durablement altérées avant l'accident, le degré d'invalidité est réduit du pourcentage d'invalidité préexistant. Cette invalidité doit être calculée conformément aux points 2.1.2.2.1 et 2.1.2.2.2.

2.1.2.2.4 Si plusieurs parties du corps ou organes sensoriels sont touchés via l'accident, les taux d'invalidité communiqués conformément aux dispositions précédentes sont additionnés. Une invalidité de plus de 100 % ne peut cependant pas être envisagée.

2.1.2.3 Prestation complémentaire à partir d'une invalidité de 70 %

Si un accident qui survient avant les 70 ans révolus de la personne assurée, sans le concours de maladies et d'infirmités conformément aux principes de calcul du point 2.1.2.2.1, conduit à une atteinte durable de la capacité de travail d'au moins 70 %, l'assureur fournit une indemnité d'invalidité double.

La prestation complémentaire se limite à CHF 216 000,00 maximum pour chaque personne assurée. Si d'autres assurances accidents pour la personne assurée courent au sein de notre compagnie d'assurance, le montant maximal pour toutes les assurances s'applique.

2.1.2.4 Si la personne assurée décède

- en raison d'une cause étrangère à l'accident dans un délai d'un an après l'accident ou
- quelle qu'en soit la cause, plus de deux ans après l'accident et qu'une demande de prestation d'invalidité avait été présentée, l'assureur délivre la prestation sur la base du degré d'invalidité qu'il aurait eu à prendre en compte en fonction des résultats des examens médicaux.

2.2 Indemnité journalière en cas d'hospitalisation

2.2.1 Conditions préalables à la prestation

2.2.1.1 En raison de l'accident, la personne assurée est hospitalisée pour un traitement médicalement justifié.

2.2.1.2 Un post-traitement (AHB) immédiat (dans les 30 jours) suite à un séjour à l'hôpital ou un suivi à l'hôpital de la caisse d'assurance accidents allemande (BGSW) est considéré comme un traitement hospitalier objectif médicalement nécessaire.

2.2.1.3 Les cures telles que des séjours dans des sanatoriums, des maisons de convalescence et des cliniques de réadaptation, dans la mesure où le point 2.2.1.2 ne s'applique pas, ne sont pas considérées comme des traitements hospitaliers objectifs médicalement nécessaires.

2.2.1.4 Si la personne assurée a été victime d'un accident relevant du contrat d'assurance, l'assureur rembourse les frais engagés jusqu'à CHF 3,780.00 (seulement subsidiaires) pour le transport retour

vers l'hôpital du lieu d'origine ou à proximité de ce dernier, après un séjour de 14 jours à l'hôpital sur le lieu de l'accident.

- 2.2.1.5 Par dérogation aux points 2.2.1.1 jusqu'au point 2.2.1.4, l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est également versée en cas d'intervention ambulatoire consécutive à l'accident, dans la mesure où celle-ci est habituellement réalisée en hospitalisant la personne. Dans ces cas, l'indemnité journalière convenue est versée pendant 5 jours.

2.2.2 Type et montant de la prestation

- 2.2.2.1 L'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est versée à hauteur du montant de garantie convenu pour chaque jour civil de traitement à l'hôpital, mais pendant deux ans au maximum à partir du jour de l'accident.

- 2.2.2.2 Par dérogation au point 2.2.2.1, l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est également versée au-delà de la 2ème année, si le séjour à l'hôpital sert à l'extraction de matériel d'ostéosynthèse déjà inséré.

Cette prolongation s'applique au maximum jusqu'à la fin de la 3ème année à compter de la date de l'accident.

- 2.2.2.3 Par dérogation partielle au point 2.2.2.1., l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est également accordée pour une hospitalisation dans un centre de réadaptation qui a lieu immédiatement après le traitement hospitalier relevant de l'accident. L'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est versée pour chaque jour de traitement complet dans le centre de réadaptation mais pendant 100 jours au maximum.

- 2.2.2.4 Si, en cas de séquelles graves de l'accident, le médecin conseille et approuve l'hébergement à l'hôpital d'un accompagnateur avec la personne assurée, l'indemnité journalière d'hospitalisation est doublée pour ce séjour à l'hôpital.

2.3 Allocation de convalescence

2.3.1 Conditions préalables à la prestation

La personne assurée est exemptée de soin hospitalier et avait droit à une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.

2.3.2 Type et montant de la prestation

- 2.3.2.1 L'allocation de convalescence est versée à hauteur du montant de garantie convenu pour le même nombre de jours civils pendant lesquels l'assureur verse l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation (pendant 100 jours au maximum).

2.4 Prestation en cas de décès

2.4.1 Conditions préalables à la prestation

La personne assurée décède des suites de l'accident dans un délai de 24 mois après l'accident.

Si pendant cette période une indemnité a déjà été versée conformément au point 2.1, elle est déduite de l'indemnité de décès. L'assureur renonce à demander la restitution d'une prestation d'invalidité versée, dans la mesure où celle-ci est supérieure à la prestation en cas de décès.

Nous attirons votre attention sur les obligations spécifiques au point 5.5.

2.4.2 Montant de la prestation

- 2.4.2.1 La prestation en cas de décès est versée à hauteur du montant de garantie convenu.

- 2.4.2.2 Le montant de garantie convenu augmente de 10 %, au maximum de CHF 5,400.00 par enfant à charge jusqu'à l'âge de 18 ans révolus ou de 23 ans, s'ils suivent une formation.

- 2.4.2.3 Si l'indemnité est exigible conformément au point 2.4, il est possible de faire valoir des frais funéraires supplémentaires, sur présentation des justificatifs, jusqu'à CHF 8,100.00 au maximum par personne assurée.

3 Quelles répercussions les maladies ou les infirmités ont-elles ?

En sa qualité d'assureur contre les accidents, l'assureur verse des prestations dans le cadre des conséquences d'un accident. Si des maladies ou des infirmités ont contribué à l'atteinte sur la santé, causée par un accident, ou ses conséquences,

- le degré d'invalidité est réduit en cas d'invalidité,

- en cas de décès et sauf disposition contraire, dans tous les autres cas, la prestation est réduite.

Si la contribution est inférieure à 45 %, la réduction n'a pas lieu.

4 Dans quels cas la couverture d'assurance est-elle exclue ?

4.1 Aucune couverture d'assurance n'existe pour les accidents suivants :

4.1.1 Les accidents de la personne assurée dus à des troubles mentaux et de la conscience ainsi que dus à des accidents vasculaires cérébraux, des crises d'épilepsie ou à d'autres convulsions qui saisissent tout le corps de la personne assurée.

La couverture d'assurance existe pourtant,

- si ces troubles ou attaques ont été causés par un accident résultant du présent contrat ;
- pour les accidents dus à des troubles de la conscience non attribuables à un état d'ivresse ou à l'influence des drogues.

4.1.2 Les accidents dus au fait que la personne assurée ait délibérément consommé des drogues ou ait mal utilisé des médicaments.

4.1.3 Les blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, le suicide et la tentative de suicide.

4.1.4 Les accidents dus à la guerre ou à des événements de guerre. On entend par « guerre ou événements de guerre », toute action suite à ou la tentative de participation à des actions militaires entre des nations, notamment la guerre civile, la révolution et l'invasion. On entend par « participant actif », toute personne qui, aux côtés d'une partie en conflit, livre, transporte ou autrement gère des installations, des équipements, des appareils, des véhicules, des armes particulières ou d'autre matériel.

4.1.4.1 Risque de guerre passif

La couverture d'assurance existe pour les accidents survenant à la personne assurée en raison d'événements de guerre sans qu'elle ne participe activement à la guerre ou à la guerre civile (risque passif lié à la guerre), à moins que le dommage n'ait été déclenché par une attaque nucléaire, chimique ou biologique ou que les circonstances existaient déjà au début du voyage.

Les actes de guerre dans le pays de résidence permanente de la personne assurée ou dans tout pays dans lequel elle réside pendant une période d'au moins 12 mois ainsi qu'en Afghanistan, Tchétchénie, Irak, Corée du Nord et Somalie sont exclus.

4.1.5 Les accidents de la personne assurée en tant que pilote d'aéronef (également tout engin dans le cadre de sports aériens), dans la mesure où la législation allemande requiert une autorisation pour exercer cette activité, ou en tant qu'autre membre de l'équipage de l'aéronef.

4.1.6 Les lésions sur les disques intervertébraux ainsi que les hémorragies des organes internes et les hémorragies cérébrales.

La couverture d'assurance existe pourtant, si l'accident résultant du présent contrat conformément au point 1.3 est la cause majeure.

4.2. Infections

4.2.1 La couverture d'assurance existe pourtant pour

la rage et le tétanos

ainsi que

- les infections pour lesquelles les agents pathogènes arrivent dans le corps via des blessures occasionnées par l'accident.

4.3 Hernie abdominale ou hypogastocèle

Elles sont réputées assurées, si elles sont consécutives à la survenance soudaine d'un phénomène exogène violent.

5 Que doit-on observer après un accident (obligations) ?

5.1 Après un accident qui aboutit probablement à une prestation obligatoire, la personne assurée doit consulter immédiatement un médecin, suivre ses instructions et informer l'assureur.

5.2 La personne assurée doit compléter la déclaration d'accident transmise par l'assureur en toute sincérité et la renvoyer immédiatement. Les renseignements pertinents alors exigés par l'assureur doivent être communiqués de la même manière.

5.3 Le paiement des prestations de voyage assurées sur un Account, une Virtual Card assuré ou avec une Corporate Card doit être prouvé en cas de sinistre.

5.4 Si des médecins de l'assureur sont mandatés, la personne assurée doit aussi se laisser examiner par ces derniers. Les frais nécessaires y compris un manque à gagner en découlant sont supportés par l'assureur.

Si le manque à gagner ne peut être prouvé chez les indépendants, un montant fixe de 1,5 % du montant assuré en cas d'invalidité, ne dépassant toutefois pas CHF 1.080,00, est remboursé.

5.5 Les médecins qui ont soigné ou examiné la personne assurée (également à d'autres occasions), d'autres assureurs, organismes assureurs et autorités doivent être autorisés à communiquer tous les renseignements nécessaires.

5.6 Si l'accident entraîne le décès, nous devons en être informés dans un délai de 72 heures, même si l'accident avait déjà été déclaré.

Le préavis ne commence que lorsque vous, vos héritiers ou les ayants droit ont connaissance du décès de la personne assurée et du lien de causalité possible avec l'accident.

L'assureur doit pouvoir permettre, le cas échéant, à un médecin mandaté par nous de procéder à une autopsie.

6 Quand les prestations sont-elles exigibles ?

6.1 L'assureur est tenu, dans un délai d'un mois (en cas de demande de prestation d'invalidité, dans un délai de trois mois) de déclarer par écrit, si et dans quelle mesure il reconnaît un droit à prestation. Les délais courent à partir de la réception des documents suivants :

- la preuve des circonstances et des conséquences de l'accident,
- en cas de demande de prestation d'invalidité, la preuve de fin de traitement, dans la mesure où cela est nécessaire pour calculer le degré d'invalidité.

Nous prenons en charge la totalité des frais médicaux engagés par la personne assurée pour justifier sa réclamation.

6.2 Si l'assureur accepte la demande de prestation ou s'il s'est mis d'accord avec la personne assurée sur son bien-fondé et son montant, il dispose de deux semaines pour verser la prestation.

6.3 Si l'obligation de verser des prestations est dans un premier temps établie dans son principe seulement, l'assureur verse, selon votre choix, des avances d'un montant adéquat.

Avant la fin du traitement, une prestation d'invalidité peut être réclamée dans un délai d'un an après l'accident jusqu'à hauteur du montant convenu en cas de décès seulement.

6.4 La personne assurée et l'assureur peuvent refaire évaluer le degré d'invalidité par un médecin chaque année.

Ce droit ne s'applique qu'à la personne assurée et à l'assureur

- pendant trois ans maximum
- chez les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans révolus et jusqu'à cinq ans après l'accident.

Ce droit doit être exercé

- par l'assureur avec la déclaration relative à notre obligation de verser des prestations conformément au point 6.1,
- par la personne assurée avant expiration du délai.

Si l'évaluation définitive révèle une prestation d'invalidité plus élevée que celle que nous avons déjà fournie, le supplément donne lieu à des intérêts de 5 % par an.

Notice explicative sur le traitement des données

Les détails vous concernant vous, votre couverture d'assurance en vertu de cette police et les réclamations seront conservés par nos soins (agissant en tant que contrôleur des données) pour la souscription, l'administration des polices, le traitement des réclamations, l'assistance voyage, le traitement des plaintes, les sanctions et la prévention des fraudes, conformément aux clauses de la loi sur la protection des données en vigueur et conformément aux assurances contenues dans notre politique de confidentialité du site Web (voir ci-dessous).

Nous recueillons et traitons ces informations afin de pouvoir exécuter le contrat d'assurance que vous avez souscrit auprès de nous, pour respecter nos obligations légales, ou encore pour servir nos intérêts légitimes dans le cadre de la gestion de nos activités et de la fourniture de nos produits et nos prestations de services.

Ces activités peuvent inclure :

l'utilisation d'informations sensibles sur votre santé ou votre vulnérabilité, ou celles des autres personnes bénéficiant des dispositions de vos garanties en vue de fournir les services énoncés dans la présente police. En utilisant nos services, vous consentez à ce que nous utilisions ces informations à ces fins,

la divulgation d'informations sur vous et votre couverture d'assurance aux sociétés du groupe AXA, à nos prestataires de services et agents afin de gérer et d'assurer votre couverture d'assurance, de vous fournir une assistance voyage, de prévenir la fraude, de percevoir des paiements, et tel que requis ou permis par ailleurs par la loi en vigueur ;

le contrôle et/ou l'enregistrement des appels téléphoniques relatifs à votre couverture à des fins d'archivage, de formation et de contrôle qualité ;

des études techniques afin d'analyser les demandes de règlement et les primes, d'adapter les tarifs, de fournir une assistance pendant la procédure de souscription et de consolider les rapports financiers (y compris du point réglementaire) ; des analyses détaillées des sinistres/missions/appels pour un meilleur contrôle des fournisseurs et des opérations ; l'analyse de la satisfaction client et la construction de segments de clientèle pour mieux adapter les produits aux besoins du marché ;

l'obtention et la conservation de toute preuve pertinente et appropriée à l'appui de votre réclamation, dans le but de fournir des services en vertu de la présente police et de valider votre réclamation ; et

l'envoi de questionnaires ou d'enquêtes en relation avec nos services, ainsi que d'autres communications du service clientèle.

Avant d'utiliser ou de divulguer vos données personnelles à une autre partie susceptible de vous contacter au sujet d'autres produits ou services (marketing direct), nous demanderons votre consentement. Vous pouvez retirer votre consentement au marketing à tout moment, ou vous désinscrire des demandes de commentaires, en contactant le responsable de la protection des données (voir les coordonnées ci-dessous).

Nous exerçons les activités au Royaume-Uni, à l'intérieur et à l'extérieur de l'Espace Economique Européen, pour lesquelles le traitement des lois et/ou accords de protection des données que nous avons conclus avec les destinataires fournit un niveau de protection similaire des données personnelles

En achetant la présente police et en utilisant nos services, vous reconnaissez que nous pouvons utiliser vos données personnelles, et consentez à notre utilisation d'informations sensibles, comme décrit ci-dessus. Si vous nous fournissez des informations sur d'autres personnes, vous acceptez de les informer de l'utilisation de leurs données comme décrit dans les présentes et dans notre avis de confidentialité du site Web (voir ci-dessous).

Vous avez droit, sur demande, à une copie des informations que nous détenons à votre sujet, et vous disposez d'autres droits relatifs à la manière dont nous utilisons vos données comme indiqué dans l'avis de confidentialité de notre site

Web (voir ci-dessous). Veuillez nous faire savoir si vous pensez qu'une information que nous détenons à votre sujet est inexacte, afin que nous puissions la corriger.

Si vous souhaitez savoir quelles informations vous concernant sont détenues par AXA Travel Insurance Limited ou si vous avez d'autres demandes ou inquiétudes concernant l'utilisation de vos données, veuillez nous écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA Travel Insurance Limited

106-108 Station Road

Redhill

RH1 1PR

Email : dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk

Notre avis de confidentialité complet est disponible à l'adresse : www.axa-assistance.com/en.privacypolicy

Le cas échéant, nous pouvons vous fournir une copie papier sur simple demande de votre part.