CONDITIONS GÉNÉRALES

Table des matières

- **INFORMATIONS GÉNÉRALES**
- **MODULES 1, 2 ET 3 : ASSURANCE MÉDICALE COMPLÈTE POUR LES EXPATRIÉS DANS LE MONDE**
- **MODULE 4 : COUVERTURE VIE ET ACCIDENTS PERSONNELS**
- **MODULE 5 : RESPONSABILITÉ PERSONNELLE**
- **MODULE 6 : ASSURANCE VOYAGE DONT LE VISA SCHENGEN**
- **MODULE 7 : ASSISTANCE, ÉVACUATION OU RAPATRIEMENT VERS LE PAYS DE RÉSIDENCE, DE NAISSANCE OU D'ORIGINE**
- **MODULE 8 : TOUTE ASSURANCE PROVENANT D'UN COURTIER WRLIFE INTERNE**
- **CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES : PAIEMENT DES PRIMES, RÉSILIATION ET REMBOURSEMENT, MODULE 2**

Définitions

Accident : tout événement soudain et imprévu causant une blessure non intentionnelle, résultant d'une cause soudaine et externe à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Adresse du domicile : adresse dans le pays d'origine.

Affilié : le partenaire (mari, femme) de l'Assuré principal ou tout mineur éligible (né ou adopté de l'Assuré principal ou de son partenaire (mari, femme).

À l'étranger : le monde entier sauf le pays d'origine

Annulation de voyage : annulation totale et inconditionnelle d'un voyage réservé.

Assuré : toute personne couverte par un module de la politique

Assuré principal : membre le plus âgé de la famille ou un seul assuré en cas d'absence d'affiliés à couvrir également.

Assureur : compagnie d'assurance ou captive ou compartiment de la captive ou cellule protégée de la captive

Attaque terroriste : Tout acte de violence constituant une attaque criminelle ou illégale contre des personnes et/ou des biens visant à perturber gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur, et faisant l'objet d'une couverture médiatique.

Auxiliaires médicaux : infirmières, médecins, carrières et autres personnels médicaux enregistrés par l'État.

Bagages : Sacs, étuis et malles de voyage et leur contenu, à l'exclusion des articles d'habillement qui sont portés ou transportés.

Billet de train : Billets pour le transport par chemin de fer.

Blessure corporelle-physique : toute blessure physique subie par un individu et nécessitant l'intervention d'un auxiliaire médical.

Blessure auto-infligée : maladies, états, accidents et blessures, auto-infligées.

Caducité : perte de la couverture.

Catastrophe naturelle : tremblement de terre, éruption volcanique, raz-de-marée, inondation, typhon, ouragan, cyclone ou cataclysme naturel causés par l'intensité anormale d'un agent naturel ne résultant pas d'une intervention humaine et reconnu comme tel par les pouvoirs publics.

Conditions, maladies et accidents liés au mode de vie : Conditions, maladies ou accidents liés au mode de vie de l'assuré.

Condition préexistante : Une maladie ou une blessure antérieure à votre inscription peut être considérée comme une « condition préexistante ».

Confirmation de vol : validation du billet d'avion et réservation des sièges.

Dommages à la propriété : tout dommage, destruction, modification, perte ou disparition d'un objet ou d'une substance, ainsi que tout dommage physique infligé à un animal.

Dommages consécutifs : toute perte financière qui est la conséquence de la perte d'usage d'un droit, de l'interruption d'un service fourni par une personne ou d'un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'une allocation, et qui est la conséquence directe d'un dommage aux personnes et aux biens assurés au titre de la présente directive.

Domicile : le lieu de résidence principal et habituel dans le pays d'origine avant une expatriation

Époux : une personne mariée à la personne assurée et non séparée légalement ; ou une personne vivant comme mariée avec l'Assuré, dans le même ménage et avec les mêmes intérêts communs qu'un couple marié ; ou le cosignataire d'une union civile avec l'assuré.

Excédent : comme la franchise, la partie de la prestation d'assurance versée par l'assuré.

Famille : Assuré principal et conjoint, ou mari ou partenaire de vie, et parent descendant, gendre, belle-fille, neveu ou nièce sous la responsabilité d'un assuré adulte.

Frais de maternité-accouchement : les frais médicaux engagés pour un accouchement normal ou par césarienne et toute complication.

Frais de Diagnostic ou Examen Médical : Les frais engagés pour diagnostiquer ou identifier la présence de maladies.

Franchise : comme l'excédent, la partie de la prestation d'assurance payée par l'assuré.

Grève : action collective concertée émanant des salariés d'une entreprise ou d'un secteur économique ou d'une catégorie professionnelle cessant de travailler pour protester.

Guerre civile : le cas où les ambassades, bureaux ou ministres étrangers conseillent de ne pas se rendre dans un pays en raison d'une opposition armée entre diverses parties appartenant au même pays et de toute rébellion armée, révolution, révolte, insurrection ou coup d'État, et toute application de la loi martiale ou de la fermeture des frontières ordonnée par les autorités du pays.

Guerre étrangère : le cas où les ambassades, bureaux ou ministres étrangers conseillent de ne pas se rendre dans un pays en raison d'une opposition armée déclarée ou non entre un État et un autre État, ainsi que d'une invasion ou d'un état de siège.

Handicap total et irréversible : Degré d'invalidité qui réduit la capacité de travailler ou de gagner au moins deux tiers, c'est-à-dire être incapable de gagner, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à un tiers du revenu normal perçu dans la même région par les travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date d'arrêt du travail en raison de l'invalidité ou la date à laquelle l'invalidité est médicalement certifiée si celle-ci résulte du vieillissement prématuré du corps, et être obligé de se faire assister par une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne tels que se nourrir, s'habiller, se laver, être

continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans les immeubles de plain-pied). La date à laquelle survient l'invalidité totale et irréversible est fixée comme date de cette notification par l'assureur.

Insolvabilité de la compagnie aérienne : une situation dans laquelle un voyageur détenant des billets valables n'a pas droit aux vols prévus en raison de la liquidation obligatoire de la compagnie aérienne et de la cessation de ses activités entraînant l'annulation inopinée des vols ou lorsqu'aucune autre solution n'est prévue

Maladie : dégradation de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant un traitement médical.

Maladies accidentelles : toute maladie corporelle non intentionnelle causée à l'Assuré, résultant d'une action brusque, soudaine et inattendue avec une cause externe, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Maladies, affections et accidents dégénératifs : Maladie, affection ou accident lié au vieillissement

Maladies chroniques : les maladies chroniques sont définies au sens large comme des conditions qui durent un an ou plus et nécessitent des soins médicaux continus ou limitent les activités de la vie quotidienne ou les deux. Les maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, le cancer et le diabète sont les principales causes de décès et d'invalidité

Maximum par événement : Lorsque la même couverture opère en faveur de plusieurs assurés victimes du même événement et assurés au titre des mêmes dispositions particulières, la couverture est limitée dans tous les cas au maximum sous ce chef de garantie, quel que soit le nombre de victimes. La demande sera réduite en conséquence et payée proportionnellement au nombre de victimes.

Pays d'origine : pays de domicile avant une expatriation

Perte consécutive : toute perte financière qui résulte de la perte de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'une allocation, et qui est la conséquence directe d'un dommage corporel ou matériel couvert.

Perte matérielle : tout dommage, destruction, détérioration, perte ou disparition d'une chose ou d'une substance et toute attaque physique sur un animal.

Plafond de couverture : Plafond global ou sous-plafond calculé par année civile (du 1er janvier au 31 décembre) et avec référence à chaque date de début de chaque événement médical différent.

Pollution : détérioration de l'environnement due à des quantités de substances qui ne sont pas naturellement présentes dans l'air, l'eau ou le sol.

Preneur d'assurance : tout assuré.

Prestataire d'assistance : société de sous-traitance organisant l'Assistance, l'évacuation et le rapatriement.

Prothèse dentaire : les traitements prothétiques, y compris les couronnes, les incrustations, les poses et les implants, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants

Prothèse médicale : aide auditive, aide à la phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit de stomie, support pour hernie, bandage abdominal, bas de contention élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Résidence : Domicile dans le pays d'expatriation, ou pays d'origine s'il n'y a pas d'expatriation.

Revendication : événement aléatoire qui donne le droit d'être couvert par la présente politique.

Sports extrêmes : Les sports d'action, les sports d'aventure ou les sports extrêmes sont des activités perçues comme comportant un degré de risque élevé. Ces activités impliquent souvent de la vitesse, de la hauteur, un niveau d'effort physique élevé et un équipement hautement spécialisé.

Subrogation : situation juridique dans laquelle les droits d'une personne sont transférés à une autre personne (notamment : l'assureur se substituant au titulaire du contrat aux fins de la procédure contre l'opposant).

Tierce personne : toute personne autre que la personne assurée ou les membres de sa famille qui est responsable des dommages, blessures ou pertes.

Traitement de Spa : traitement médical prescrivant l'utilisation de l'eau de source minérale et de ses dérivés sous surveillance et surveillance médicales régulières.

Urgence : en cas d'accident ou de commencement d'une maladie grave (menaçant à la vie) nécessitant des soins et des traitements médicaux urgents de l'assuré. Seuls les soins médicaux donnés par un médecin, un médecin généraliste ou un spécialiste et une intervention d'hospitalisation dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme des conditions de remboursement.

Vol charter non régulier : Un vol non régulier effectué par un organisme de tourisme.

Vol planifié : Un vol planifié par une compagnie aérienne commerciale, dont les horaires et fréquences précis sont conformes à ceux publiés dans le guide ABC World Airways.

Voyage : voyage, séjour, forfait vacances, croisière

À jour de paiement : la situation de l'Assuré pour lequel aucune prime, échéance ou fraction de prime due au titre du contrat ne demeure impayée à la date considérée.

Délai de grâce : tout délai de tolérance accordé par l'Assureur pour le règlement d'une prime échue. Le délai de grâce ne concerne que la date de paiement et n'a pour effet ni de maintenir, ni de proroger, ni de remettre en vigueur la garantie au titre de tout événement survenu alors que la prime demeure impayée (voir Fin de la couverture).

Demande de couverture et inscription

L'assuré peut demander à tout âge la couverture santé et avant 75 ans la couverture IA ou vie, quel que soit l'âge pour les autres garanties. Couverture active signifie couverture payée. Tout délai de grâce accordé pour le règlement des primes ne suspend pas cette exigence (voir Fin de la couverture).

L'assuré principal doit, lors de son adhésion, remplir et signer en ligne sur le site web : www.wrlife.net / www.wrlife.com / www.wrlife.org le formulaire de demande peut inclure un questionnaire médical validé par l'assureur. Un examen médical complémentaire, payé par l'assuré, peut être demandé.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner l'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il jugerait nécessaire.

L'assuré principal s'engage pour lui-même (ou elle-même), son (ou sa) partenaire (mari, femme) ou tout mineur éligible (né ou adopté d'un des assurés) à être affilié à compter de la date de signature électronique et accepté par l'assureur pendant un an avec renouvellement automatique. L'assuré principal et son (ses) affilié(s) deviennent alors membres de l'association. La couverture est renouvelée chaque année pour les douze mois suivants, à moins que la garantie ne soit résiliée par l'une des parties.

En cas de sinistre inférieur à $10'000 au cours de l'année, la prime augmentera de 3% pour les 3 prochaines années, en cas de sinistre supérieur à $10'000 au cours de la vie de l'assuré, la prime augmentera de 3% par an, à vie. Dans le cas où l'assuré n'a eu aucun sinistre durant son année de couverture, sa prime ne subira aucune augmentation.

Les membres deviennent « assurés » une fois la couverture acceptée. En cas de décès de l'assuré principal, son (ou ses) partenaire (mari, femme) ou tout mineur éligible (né ou adopté d'un des assurés) reste(nt) membre(s) de l'association.

En cas de fin d'expatriation de l'assuré principal, son (ou sa) partenaire (mari, femme) ou tout mineur éligible (né ou adopté d'un des assurés) ne restent pas membre(s) de l'association et leur(s) affiliation(s) doit (doivent) être annulée(s) à la date de renouvellement suivante.

Pour les anciens assurés, ou les changements de couvertures inférieur ou supérieur à la couverture existante, l'assuré sera soumis à un délai de carence de 6 mois pour maladies spécifiques, ou bien fournir un bilan de santé de moins de 30 jours afin d'annuler le délai de carence. Toutes conditions médicales antérieures ayant générés des sinistres et toutes conditions préexistantes seront exclues de la nouvelle couverture. Dans le cas où un sinistre est survenu antérieurement, une réduction de couverture est refusé

Pour toute maladies et blessures préexistantes datant avant la date de commencement de la couverture, chaque condition doit être étudiée par notre équipe médicale et peut être soit couverte avec ou sans période moratoire, soit exclue.

Pour les moins de 65 ans :

Un bilan de santé n'est pas obligatoire

Il y a un délai de carence de six mois pour certaines maladies spécifiques (voir ci-dessous). Si aucun signe de ces maladies n'est constaté durant le délai de carence : couvert après 6 mois. Si des symptômes sont découverts durant la période de carence : la maladie spécifique n'est pas couverte.

Il y a un délai de carence de 5 ans pour les maladies dégénératives (voir ci-dessous). Si aucun signe de ces maladies dégénératives n'est constaté pendant la période de carence : couvert après 5 ans. Si des symptômes sont découverts durant la période de carence : la maladie dégénérative n'est pas couverte.

Pour les plus de 65 ans :

Deux options : bilan de santé (ancienneté maximum du bilan de santé 30 jours) ou pas de bilan de santé

Il y a un délai de carence d'un an pour certaines maladies spécifiques (voir ci-dessous) si un bilan de santé n'est pas effectué. Si un bilan de santé est effectué et qu'aucun signe de ces maladies n'est pas constaté : couvert après 6 mois. Si des signes sont découvert durant le bilan de santé : maladie spécifique*** non-couverte

Si bilan de santé effectué, il y a un délai de carence de 5 ans pour les maladies dégénératives** (voir ci-dessous). Si aucun signe de ces maladies dégénératives n'est constaté pendant la période de carence : couvert après 5 ans. Si des symptômes sont découverts durant la période de carence : la maladie dégénérative n'est pas couverte. Sans bilan de santé les maladies dégénératives ne sont pas couvertes

***Maladies spécifiques : hypertension et maladies cardiovasculaires, toutes tumeurs, polypes ou kystes, hémorroïdes, maladies de la prostate, diabète, Endométriose, cancer, cholécystite, lithiase biliaire, calculs des organes urinaires. 6 mois de carence dans tous les cas (1 an de carence pour hernies).

**Maladies dégénératives : maladie d'Alzheimer (MA), sclérose latérale amyotrophique (SLA, maladie de Lou Gehrig), maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT), encéphalopathie traumatique chronique, fibrose kystique, certains déficits en cytochrome c oxydase (souvent à l'origine du syndrome de Leigh dégénératif), syndrome d'Ehlers-Danlos, fibrodysplasie ossifiante progressive, ataxie de Friedreich, démence frontotemporale (DFT), maladie de Huntington, dystrophie neuroaxonale infantile, kératocône (KC), kératoglobe, leucodystrophies, dégénérescence maculaire (DMLA), syndrome de Marfan (MFS), certaines myopathies mitochondriales, syndrome d'épuisement de l'ADN mitochondrial, syndrome de Mueller-Weiss, sclérose en plaques (SEP), atrophie multisystématisée, dystrophies musculaires (MD), céroïde-lipofuscinose neuronale, Maladies de Niemann-Pick, arthrose, ostéoporose, maladie de Parkinson, hypertension artérielle pulmonaire, toutes les maladies à prions (maladie de Creutzfeldt-Jakob, insomnie familiale mortelle, etc.), paralysie supranucléaire progressive, rétinite pigmentaire (RP), polyarthrite rhumatoïde, maladie de Sandhoff, atrophie musculaire spinale (SMA, maladie du motoneurone), panencéphalite sclérosante subaiguë, trouble lié à l'utilisation de substances, maladie de Tay-Sachs, démence vasculaire (peut ne pas être neurodégénérative en soi, mais apparaît souvent en même temps que d'autres formes de démence dégénérative). Dans tous les cas, le délai de carence est de 5 ans.

Choix des modules

Le choix du module est effectué par l'assuré principal au moment de l'adhésion. La sélection des Modules peut être modifiée avant chaque date de renouvellement et être effective à la date de renouvellement. Dans le cas où les modules 2, 3 et 6 sont ajoutés, un nouveau questionnaire médical sera requis. Dans le cas où un module est annulé, aucun formulaire de demande ou questionnaire médical supplémentaire n'est requis.

L'assuré principal et ses affiliés doivent avoir choisi la même sélection de modules.

L'assuré est libre de choisir n'importe laquelle ou plusieurs couvertures ou toutes les couvertures entre les modules 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, pour plus d'information veuillez lire nos résumés de couvertures.

Début de la couverture

L'assureur a l'entière responsabilité de payer les frais de chacun des bénéficiaires admis à la couverture après avoir examiné et accepté le questionnaire médical pour tous les frais, à l'exception des délais d'attente indiqués pour les différents modules.

Renonciation à la couverture

L'Assuré peut refuser le contrat d'assurance dans un délai de 14 jours calendaires complets à compter du moment où l'Assuré doit informer que le contrat est refusé par lui (elle), en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à…

L'assureur remboursera alors, en totalité, le montant payé, dans les 30 jours suivant la réception de cette lettre. Si l'assuré demande la mise en œuvre des garanties pendant la période de renonciation, alors la renonciation n'est plus valable.

Fin de la couverture

Une fois accepté à l'assurance, l'adhérent bénéficie d'une couverture vie complète, sauf pour l'assurance vie, la couverture Accident Personnel qui cesse à l'âge de 75 ans.

La couverture prend fin pour l'assuré :

- En cas de fausse déclaration dans le formulaire de candidature.

- En cas de non-paiement de la prime d'assurance, après trente (30) jours d'alertes envoyées par l'assureur ou son représentant soit par courrier électronique, soit par courrier postal.
- Le dernier jour de sa période d'adhésion.
- En cas de décès du membre.
- En cas de non-paiement du nouveau contrat, 7 jours après l'inscription : le contrat n'est pas activé.

Paiement des primes comme condition d'éligibilité des sinistres

Nonobstant le délai de trente (30) jours visé ci-dessus et nonobstant tout délai de grâce d'un (1) mois éventuellement accordé pour le règlement des primes, aucun sinistre n'est éligible à garantie et aucune prestation n'est due lorsque l'Assuré n'est pas à jour du paiement de ses primes à la date de survenance du fait générateur du sinistre. L'octroi d'un délai de grâce constitue une simple tolérance quant à la date de paiement et ne saurait en aucun cas s'analyser en une renonciation de l'Assureur à l'exigence d'une garantie active et intégralement réglée à la date du sinistre. Tout sinistre survenu pendant une période d'impayé est définitivement exclu, nonobstant tout paiement ou régularisation ultérieurs, lesquels ne produisent effet que pour l'avenir.

La résiliation des contrats par WRLife ne peut être prononcée que si les motifs mentionnés à la section Fin de la couverture sont réunis.

Avantages couverts

Seules les prestations correspondant aux garanties souscrites sont couvertes.

Les demandes de remboursement ne seront approuvées que si l'assureur considère que le montant des reçus de paiement fournis est raisonnable et dans les limites normales.

Dans le cas contraire, l'assureur se réserve le droit de réduire le montant de la prestation. Les prestations couvertes viennent toujours après toute sécurité sociale.

Modification de la couverture

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier la couverture dans un ou plusieurs territoires spécifiques sous réserve d'en informer l'Adhérent 15 jours à l'avance.

Pour les paiements mensuels, trimestriels, et semi-annuel si un sinistre survient dans les 6 premiers mois et n'est pas un accident ou une maladie accidentelle, si le montant du sinistre est équivalent ou supérieur à un mois de prime, l'assureur a la possibilité de demander à l'assuré de payer la totalité du paiement restant pour l'année. Il s'agit d'éviter la fraude à la couverture de courte durée basée sur un but intentionnel de tourisme médical.

Médiation et action en justice

Toute action découlant du présent Contrat est soumise à la limitation d'une action en justice pour une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne lieu. Toutefois, cette période ne commence pas immédiatement :

- En cas de dissimulation, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, jusqu'au jour où l'assureur en est informé
- En cas de sinistre, jusqu'au jour où les personnes impliquées en prennent connaissance, si elles peuvent prouver qu'elles n'en avaient pas connaissance jusque-là.

Action en justice

Le bénéficiaire accorde une subrogation à l'assureur pour intenter toute action en justice contre un tiers responsable.

En cas de désaccord total avec l'un des assureurs concernant ses garanties, l'Assuré a le droit de faire appel à un médiateur, sur simple demande, et sans préjudice des autres recours judiciaires. Les informations concernant l'Assuré sont utilisées pour la gestion des contrats. L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. La juridiction est celle de la société d'assurance ou du Royaume-Uni pour le courtier principal.

Règlement des sinistres

Le sinistre est payé avec déduction de la franchise et dans la limite indiquée dans le récapitulatif de garantie.

Les sinistres doivent être envoyés lorsque la couverture est active, et l'Assuré doit avoir été à jour du paiement de ses primes à la date de survenance du fait générateur du sinistre (voir Fin de la couverture). Il est de la responsabilité de l'assuré d'envoyer tous les documents relatifs au sinistre (rapport médical, facture détaillée, résultat d'analyse et coordonnées bancaires) en un seul email à claim@assistinter.com. Une demande de remboursement incomplète ne sera pas traitée.

Une demande reçue plus de 3 mois après un sinistre ne sera pas prise en compte.

En cas de sinistre la couverture se verra augmentée de 3% à la date du renouvellement.

Le numéro de condition générale est important à connaître. L'Assuré le dispose via son login et son mot de passe www.wrlife.net ou via son certificat d'assurance ou sa carte d'assurance.

En cas d'hospitalisation, visite de jour ou visite ambulatoire, l'Assuré doit contacter la plate-forme d'urgence 24 heures sur 24, à toute heure du jour ou de la nuit, par l'un des moyens suivants :

- Par téléphone
- Par fax
- Par Email
- En remettant sa carte d'assurance à l'administration tierce de l'hôpital et en demandant à l'hôpital de contacter lui-même la plateforme d'urgence 24h/24

En cas d'hospitalisation, l'assureur verse le paiement anticipé à l'hôpital, sauf si l'hôpital refuse le ou les paiements anticipés de l'assureur, ou pour toute autre raison exceptionnelle.

Si malheureusement le paiement anticipé n'est pas possible, le reçu de paiement détaillé avec les ordonnances et le formulaire de réclamation rempli et signé sont nécessaires. Les documents doivent être envoyés au plus tard dix (10) mois après l'événement réclamé à la plate-forme d'urgence de 24 heures.

L'assureur peut demander toute autre pièce justificative supplémentaire. Aucune copie ou duplicata de facture n'est acceptée. En cas de raisons exceptionnelles, l'assureur peut accepter une copie, photocopie ou duplicata de facture.

Les dépenses suivantes nécessitent l'accord préalable de l'assureur :

- Toute hospitalisation non urgente
- Frais de confinement

En cas d'hospitalisation non urgente, de chirurgie non urgente, de radiographie non urgente ou de traitement médical non urgent, un certificat médical sera demandé à l'assureur. Tout non-respect de cette obligation pourra entraîner le refus d'un remboursement.

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de fournir toute information complémentaire nécessaire au traitement de ses données personnelles et des données relatives aux demandes de remboursement.

L'assureur peut exiger un accès aux dossiers médicaux confidentiels de l'assuré avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Assuré qui est incorrecte, falsifiée, exagérée ou tout acte frauduleux de sa part sera de la responsabilité directe de l'Assuré et donnera lieu au remboursement des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces informations inexactes.

L'Assuré ne doit prendre aucune initiative ni engager de dépenses, y compris des frais médicaux, sans l'accord préalable de la Société d'Assistance.

Lorsque l'évacuation, le transport et/ou le rapatriement sont terminés, l'assuré doit envoyer ses premiers billets (le cas échéant) à la Société d'Assistance afin de devenir la propriété de la Société d'Assistance.

En cas d'autre sinistre, l'Assuré doit informer l'Assureur dans les cinq (5) jours ouvrables, sauf en cas de force majeure, de tout événement susceptible d'engager la responsabilité publique.

Pièces à fournir :

- En cas de maladie ou d'accident : le certificat médical indiquant l'origine, la nature, la gravité et les conséquences prévisibles de la maladie ou de l'accident, un certificat d'inaptitude au travail et des copies des ordonnances médicales accompagnées des reçus de la pharmacie et, le cas échéant, des résultats de tous tests ou examens
- En cas de licenciement pour motif économique, une photocopie de l'avis de licenciement, une copie du contrat de travail et une copie de la fiche de paie indiquant tout solde de salaire dû
- En cas de complications liées à la grossesse, une photocopie du rapport d'examen prénatal et une photocopie de l'attestation d'inaptitude au travail
- En cas de décès, une copie de l'acte de décès et une preuve de lien de parenté (formulaire d'état civil)
- En cas de complément à la sécurité sociale : les déclarations liées au remboursement des frais de traitement
- En cas de complément à un autre régime d'assurance : les déclarations liées au remboursement
- En cas d'annulation de voyage, de vol manqué ou de vol retardé : la facture d'annulation ou autre justificatif émis par le voyagiste ou l'aéroport de départ.
- En cas de vol, des précisions sur les causes et les circonstances, si possible un témoin, la preuve de l'existence, de la propriété et de la valeur de tout objet volé. Si un objet volé est retrouvé en bon état, l'assureur doit en être informé immédiatement par courrier recommandé dans les plus brefs délais et l'assuré doit reprendre l'objet et rembourser à l'assureur la somme reçue moins la valeur de tout objet endommagé ou manquant.
- Pour tout autre type de sinistre, toute preuve appropriée
- La preuve du paiement des primes échues, sur demande de l'Assureur, établissant que l'Assuré était à jour de paiement à la date de survenance du sinistre.

Fausse déclaration

Toute utilisation de documents inexacts ou de moyens frauduleux ou faire des déclarations inexactes ou incomplètes, annulera tout droit au paiement d'une réclamation.

Toute fraude peut même annuler les adhésions à WrLife.

MODULES 1, 2 ET 3 : ASSURANCE MÉDICALE VIE COMPLÈTE POUR LES EXPATRIÉS DANS LE MONDE ENTIER — COUVERTURE LOCALE ET INTERNATIONALE

Couverture Vie Complète

MODULE 1 : HOSPITALISATION ET AUTRES COUVERTURES INCLUSES DANS L'HOSPITALISATION

MODULE 2 : AMBULATOIRE

MODULE 3 : DENTAIRE ET OPTIQUE

Domaines de couverture pour la couverture santé : Modules 1, 2 et 3

ZONE 1 : (à l'exception des États-Unis), le Canada, la Suisse, l'Israël, le Japon, plus la ZONE 2.

ZONE 2 : Europe (sauf la Suisse), Australie, Nouvelle-Zélande, continent américain (sauf USA et Canada), Chine, Hong Kong, Singapour, Taiwan plus la ZONE 3.

ZONE 3 : Afrique, Asie (sauf Chine, Hong-Kong, Japon, Singapour et Taïwan), Moyen-Orient (sauf Israël), tous les autres pays.

Cependant, lors d'un séjour de moins de trois mois dans le pays d'origine, l'assuré est couvert.

Toutefois, lors d'un séjour de moins de sept semaines dans un pays hors de la Zone choisie par l'Assuré, seuls sont remboursés les frais résultants d'un accident ou d'une maladie accidentelle à caractère urgent tels que définis ci-dessus sous la rubrique Urgence, à condition que le traitement ait été donné par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessaire comme cause directe de l'urgence et qu'elle ait eu lieu dans les 24 heures.

Délai d'attente

Soins de spa : 6 mois. Prothèses dentaires : 10 mois. Optique : 10 mois. Maternité : 10 mois. COVID : 14 jours.

Remboursements des frais réels et complémentaires d'autres couvertures d'assurance ou de sécurité sociale

Le montant du remboursement est déterminé pour chaque poste de dépense selon les modalités indiquées dans le récapitulatif des prestations.

Les remboursements sont effectués dans la limite indiquée sur le tableau des sommes assurées et dans la limite des frais réels. Toute limite annuelle est par personne.

Il est entendu que les coûts réels doivent être des coûts normaux et raisonnables basés sur les factures actuellement facturées par les institutions médicales et les praticiens du pays d'expatriation.

Les prestations versées par l'Assureur s'ajoutent à celles de tout autre régime d'assurance maladie, vie et accident et/ou de sécurité sociale dont l'assuré peut bénéficier personnellement.

Les remboursements ou indemnités couvrant les frais médicaux occasionnés par toute maladie, maternité ou accident ne peuvent excéder le montant des frais dont l'assuré reste redevable après les remboursements de toute nature auxquels l'assuré a droit.

Une couverture similaire souscrite auprès de plusieurs organismes d'assurance a un effet sur la limite de chaque élément de couverture, quel que soit le moment où la couverture a été souscrite.

Dans cette limite, le bénéficiaire de la convention peut obtenir un paiement supplémentaire en envoyant le détail des remboursements effectués par la ou les autres organisations.

Pour l'application des dispositions, la limitation des frais dont l'Assuré est toujours redevable est déterminée par l'Assureur pour chacun des traitements ou frais médicaux.

Exclusions pour la couverture santé

- Toute maladie ou accident dû à un acte intentionnel de l'assuré, à une mutilation intentionnelle ou une tentative de suicide
- Toute procédure pénale contre l'assuré, sauf si l'assuré ne participe pas activement à l'événement

- Toute conséquence d'une guerre civile ou autre, d'une insurrection ou d'un mouvement populaire, sauf si l'assuré ne participe pas activement à l'événement
- Toute émeute ou grève, sauf si l'assuré ne participe pas activement à l'événement
- Tout sinistre résultant directement ou indirectement de la fusion d'un noyau atomique, ou de toute irradiation provenant d'un rayonnement ionisant
- Tout traitement en dehors de la zone de couverture comme indiqué dans le formulaire de demande, à l'exception des cas spécifiés dans la section concernant la zone de couverture
- Toute forme de traitement expérimental ou non supervisé qui ne suit pas la pratique médicale communément acceptée, coutumière ou conventionnelle, à moins qu'un consentement spécifique n'ait été donné par l'assureur
- Tous les frais de confort ou accessoires en cas d'hospitalisation, de consultation externe, de soins de jour tels que le téléphone, la télévision, l'internet, le passage d'une chambre simple normale à toute autre chambre de niveau supérieur
- Simple quarantaine
- Tout traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie
- Toute dépense encourue pour l'acquisition d'un organe (mais pas l'organe lui-même)
- Tout traitement esthétique, traitement anti-âge, traitement minceur
- Toute chirurgie plastique et/ou esthétique élective ou volontaire, à l'exception de celles consécutives à une maladie ou un accident couvert
- Toute consultation, traitement et complication associés à la perte ou à l'implantation de cheveux sauf si le traitement est lié à une perte de cheveux causée par une maladie grave ou un accident
- Toute opération ou traitement lié à un changement de sexe
- Tout contrôle, examen, traitement et complication liés à la stérilité, la stérilisation, la dysfonction sexuelle, la contraception y compris l'insertion ou le retrait de dispositifs contraceptifs, l'interruption volontaire de grossesse sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire et conforme aux législations locales
- Toute cure thermale sauf avec l'accord préalable de l'assureur
- Tous les frais de transport et d'hébergement associés à une cure thermale
- Toutes maladies, affections et accidents dégénératifs, à moins que l'assuré ne dispose d'un minimum de 5 ans de couverture.
- Tout accident de la route impliquant un véhicule à deux roues si l'assuré (en tant que conducteur ou passager) ne portait pas de casque, même s'il est titulaire d'un permis de conduire valide.
- Tout accident de la route impliquant un véhicule quel qu'il soit si le conducteur ne possède pas de permis de conduire valide et des documents obligatoires dans le pays où l'accident s'est produit
- Toute dépense médicale associée à un séjour dans un centre de bien-être ou un centre de fitness, une maison de repos ou une maison de réadaptation même si ce séjour est médicalement prescrit, (sauf pour un centre de rééducation immédiatement après une hospitalisation)
- Tout médicament non prescrit et produits non médicaux couramment utilisés tels que l'alcool médical, le coton absorbant, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings, etc.
- Toute condition médicale préexistante non déclarée
- Toute condition médicale préexistante non acceptée par l'assureur
- Tout type de réclamation frauduleuse ou tentative de réclamation frauduleuse
- Toutes les compétitions de sports extrêmes sont exclues de la couverture, à l'exception du plan Elite avec Hospitalisation + Visites externes en paiement annuel. En cas de compétition, la couverture est considérée comme un plan Serenity $100'000 Hospitalisation + Visites Externes, l'organisateur de la compétition étant responsable de tout accident.
- Toutes dépenses liées à une auto-investigation ; toutes dépenses liées à auto-traitement.
- Toutes dépenses liées à la maternité sauf si la grossesse débute après 10 mois de couverture en plan Serenity minimum.
- Tout événement survenu à une date à laquelle l'Assuré n'était pas à jour du paiement de ses primes, nonobstant tout délai de grâce accordé (voir Fin de la couverture).

MODULE 4 : COUVERTURE VIE ET ACCIDENTS PERSONNELS

Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré

Le montant de la garantie en cas de décès de l'Assuré devient exigible par ordre de préférence :

- Au conjoint de l'assuré s'il est marié et non séparé légalement,
- À défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, à parts égales, la part des prédécédés étant transférée à leurs propres enfants ou à leurs frères et sœurs s'il n'y a pas d'enfants,
- À défaut, au père et à la mère, à parts égales, ou au survivant en cas de prédécès,

- À défaut, aux héritiers légaux.

À tout moment, l'assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix en le notifiant à l'assureur par courrier recommandé.

Lorsque la désignation personnelle est nulle et non avenue ou absente, l'arrangement ci-dessus s'applique.

En cas de décès d'un assuré et d'un ou plusieurs bénéficiaires désignés dans un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre de décès ou lorsque le bénéficiaire décède après que l'Assuré n'a pas eu le temps d'accepter le bénéfice du capital, l'assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Handicap permanent, total et irréversible — Échelle des incapacités permanentes (par accident)

- Perte des deux bras ou des deux mains 100%
- Perte d'élocution 100%
- Perte d'un bras et d'une jambe 100%
- Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique 100%
- Retrait de la mâchoire inférieure 100%
- Perte d'une main et d'une jambe 100%
- Perte des deux jambes 100%
- Perte des deux pieds 100%

Choix de la couverture

Cette couverture verse une somme forfaitaire mensuelle sur 10 ans (120 mois) en cas de décès ou d'invalidité totale et irréversible de l'assuré. Le client a deux choix : par maladie ou accident, il peut prendre les deux.

Choix du niveau

Le choix est fait par l'Assuré lors de son inscription. Il peut choisir les niveaux suivants : de 10 000 USD à 200 000 USD. Cela peut être modifié ultérieurement. En cas de changement de situation ou de personnes à charge, l'Assureur doit en être informé.

Paie mensuelle en cas de décès ou d'invalidité totale et irréversible

Si l'assuré décède avant son 75e anniversaire, le bénéficiaire désigné reçoit une paie mensuelle en fonction de la formule choisie. Lorsque la somme mensuelle a débuté, l'Assuré ne bénéficie plus de la couverture décès en cas d'invalidité totale et irréversible.

L'évaluation par l'assureur des sinistres déclarés

En toutes circonstances, l'Assureur se réserve le droit d'évaluer, par le biais d'un examen médical, la justification de l'incapacité ou de l'invalidité de l'Assuré. Pour les couvertures d'indemnisation, une preuve de salaire est requise.

Exclusions de la couverture personnelle et accident

- Toute maladie ou tout accident dû à un acte intentionnel de l'assuré, à une mutilation intentionnelle ou à une tentative de suicide
- Toute procédure pénale à l'encontre de l'Assuré, sauf si l'Assuré ne participe pas activement à l'événement
- Toute conséquence d'une guerre civile ou autre, d'une insurrection ou d'un mouvement populaire, sauf si l'Assuré ne participe pas activement à l'événement
- Toute émeute ou grève, sauf si l'Assuré ne participe pas activement à l'événement
- Tout sinistre résultant directement ou indirectement de la fusion d'un noyau atomique, ou de toute irradiation provenant d'un rayonnement ionisant
- Toute forme de traitement expérimental ou non supervisé qui ne suit pas la pratique médicale communément acceptée, coutumière ou conventionnelle, à moins qu'un consentement spécifique n'ait été donné par l'Assureur

- Tout sinistre relatif à une mauvaise hygiène (ex : nettoyage des oreilles)
- Tout sinistre résultant de tout médicament non prescrit et de produits non médicaux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton absorbant, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings, etc.
- Tout événement survenu à une date à laquelle l'Assuré n'était pas à jour du paiement de ses primes, nonobstant tout délai de grâce accordé (voir Fin de la couverture).

MODULE 5 : RESPONSABILITÉ PERSONNELLE

La Responsabilité Personnelle couvre les conséquences financières de la responsabilité civile que l'Assuré peut encourir à l'égard, d'une part, des dommages corporels et/ou matériels et, d'autre part, des dommages indirects, causés accidentellement à toute personne autre que l'assuré affilié, qui est la faute de l'Assuré ou la faute des personnes, choses ou animaux dont l'Assuré a la charge, celle-ci étant assurée à concurrence du montant, et sous déduction d'une franchise, indiqué dans le tableau des sommes assurées.

En cas de poursuites judiciaires contre l'Assuré, l'Assureur assure sa défense et prend en charge le procès pour les actes et pertes relevant de la couverture prévue par la présente convention.

Toutefois, l'Assuré peut s'associer à l'action de l'Assureur à condition qu'il soit en mesure de fournir des preuves d'un intérêt spécifique qui n'est pas couvert par la présente convention.

Le simple fait de payer sa propre défense pour des raisons de protection ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de couverture et n'implique en aucun cas que l'Assureur accepte les conséquences préjudiciables d'événements qui ne sont pas expressément couverts par la présente convention.

Même si l'Assuré manque à ses obligations après un sinistre, l'Assureur est tenu d'indemniser les personnes envers lesquelles l'Assuré est responsable. L'Assureur conserve néanmoins, dans ce cas, le droit d'intenter une action contre l'Assuré pour obtenir le remboursement de toute somme que l'Assureur aurait versée ou mise en acompte au nom de l'Assuré.

En ce qui concerne les moyens d'obtenir réparation :

- Devant les tribunaux civils, commerciaux ou administratifs, l'Assureur est libre d'obtenir réparation au titre de la présente convention
- Devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être utilisées sans l'accord de l'Assuré
- Si le procès en cours devant un tribunal pénal ne porte que sur des intérêts civils, le refus de l'Assuré de donner son consentement à l'utilisation des moyens de recours prévus donne à l'Assureur le droit de réclamer à l'Assuré une indemnité égale au préjudice que l'Assureur subit de ce fait.

L'Assureur prend en charge les frais de justice, les frais de libération, le montant de la peine et tout autre frais de paiement. Si le coût global est supérieur à la limite de couverture, tout dépassement est à la charge de l'Assuré.

La présente garantie couvre également les pertes pécuniaires que l'assuré subit à la suite de dommages corporels et matériels causés à autrui dans le cadre de ses activités sportives, dans la limite du plafond indiqué dans le résumé de la couverture.

La couverture s'applique lors de la participation à des activités sportives pendant un voyage, à condition que ces activités ne soient pas couvertes par une autre assurance.

Remboursement des frais réels et complément d'autres couvertures d'assurance

La couverture de la responsabilité civile personnelle ne prend effet qu'en l'absence ou en complément de toute autre assurance de responsabilité civile déjà existante et souscrite par l'Assuré auprès d'une autre compagnie.

Exclusions de responsabilité civile

- Toute maladie ou accident dû à un acte intentionnel de l'Assuré, une mutilation intentionnelle ou une tentative de suicide
- Toute procédure pénale contre l'Assuré
- Toute conséquence d'une guerre civile ou autre, d'une insurrection ou d'un mouvement populaire
- Toute émeute ou grève, sauf si l'Assuré ne participe pas activement à l'événement
- Tout sinistre résultant directement ou indirectement de la fusion d'un noyau atomique, ou de toute irradiation provenant d'un rayonnement ionisant
- Toute conséquence de tout sinistre pour dommages matériels et/ou corporels affectant l'Assuré personnellement et/ou les membres de sa famille et/ou ses affiliés assurés en vertu de la présente convention
- Tout dommage causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré
- Tout dommage résultant de l'utilisation de véhicules terrestres à moteur, de voiliers et de bateaux à moteur, et d'appareils volants
- Tout dommage résultant d'une activité professionnelle
- Tout dommage indirect, sauf s'il s'agit de la conséquence directe d'une perte accidentelle ou matérielle et/ou d'une blessure corporelle, qui est couvert
- Toute conséquence d'une tentative de suicide
- Toute épidémie, catastrophe naturelle et/ou pollution
- Alcoolisme, ivresse, utilisation de médicaments, drogues, stupéfiants non prescrits médicalement
- Tout duel, pari, crime, bagarre (sauf légitime défense)
- Toute pratique du bobsleigh, du skeleton, de l'alpinisme, de la luge de compétition, de l'air
- Tout sport résultant de la participation ou de l'entraînement à une manifestation officielle et/ou à une compétition organisée par une fédération sportive
- Tout dommage résultant de la pratique de sports motorisés et/ou aériens ou de toute compétition sportive à titre professionnel ou de chasse
- Toute absence d'aléatoire
- Tout événement survenu à une date à laquelle l'Assuré n'était pas à jour du paiement de ses primes, nonobstant tout délai de grâce accordé (voir Fin de la couverture).

Limites de la couverture responsabilité civile personnelle

L'Assuré ne doit accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans le consentement écrit préalable de l'Assureur par courrier électronique ou par télécopie ou courrier postal.

Il est entendu que le simple fait d'avoir fourni une aide d'urgence à une victime alors qu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité.

MODULE 6 : ASSURANCE VOYAGE Y COMPRIS LE VISA SCHENGEN

Frais d'hospitalisation

Chirurgie hospitalière et de jour, Petits patients ambulatoires, urgence dentaire : l'Assuré doit ignorer toute contre-indication médicale tant au moment de l'achat du voyage que de l'adhésion à cette assurance et celle-ci doit être certifiée par un médecin.

Couverture de la caution

Si l'Assuré est poursuivi à la suite d'un accident de la route (et pour aucune autre raison) qu'il a causé, l'Assureur paiera le coût d'une caution jusqu'à la limite indiquée dans le Résumé de la couverture. Cette garantie ne couvre pas les poursuites judiciaires engagées dans le pays d'origine.

Frais d'avocat

Si l'Assuré est poursuivi à l'étranger à la suite d'un accident de la circulation (et pour aucune autre raison) qu'il a causé, l'Assureur paiera les honoraires d'un avocat sur place dans la limite indiquée dans le résumé de la couverture, uniquement si les infractions présumées ne sont pas punissables de sanctions pénales en vertu de la législation du pays concerné. Cette garantie ne couvre pas les procédures judiciaires engagées dans le pays d'origine. Cette garantie exclut les infractions relatives à toute activité professionnelle.

Documents d'identité volés ou détruits

Cela couvre les frais de remplacement du passeport, de la carte d'identité, du document d'immatriculation du véhicule ou du permis de conduire volé.

Exclusions pour les documents d'identité volés ou détruits

- Vol sans effraction dûment certifié et enregistré par une autorité (police ou équivalent)
- Vol commis par un employé de l'Assuré
- Vol commis par l'Assuré lui-même ou par les membres de sa famille
- Dommages accidentels dus au déversement de liquides, graisses, colorants ou corrosifs contenus dans un bagage
- Confiscation par les autorités (douanes, police, etc.)
- Détérioration résultant de rayures, éraflures, déchirures ou taches
- Pertes et dommages causés par des insectes et/ou des rongeurs, des brûlures de cigarettes ou des sources de chaleur non incandescentes
- Vol dans une voiture de location
- Pertes et dommages résultant d'un tremblement de terre, d'une éruption volcanique, d'un raz de marée, d'une inondation ou d'une autre catastrophe, à condition qu'un tel événement soit déclaré comme catastrophe naturelle par décision ministérielle
- Pertes et dommages résultant de la négligence grave de l'assuré

Séjour forcé à l'étranger

Cette couverture s'applique en cas d'hospitalisation urgente d'un membre de la famille ou de décès à l'étranger.

La couverture s'applique lorsque l'Assuré n'a d'autre choix que de séjourner à l'étranger après la date de retour initialement prévue pour une raison indépendante de sa volonté et qui était inconnue et imprévisible au moment de son départ, et en cas de catastrophe naturelle ou d'acte de terrorisme à moins de 100 km.

La couverture ne s'applique pas dans le cas où l'impossibilité de partir est liée à une défaillance de l'organisateur (voyagiste, agent de voyage, compagnie aérienne, etc.).

Retour anticipé forcé

Cette couverture s'applique en cas d'hospitalisation urgente d'un membre de la famille ou de décès dans le pays d'origine.

La couverture s'applique lorsque l'Assuré n'a pas d'autre choix que de rentrer de l'étranger avant la date de retour initialement prévue pour une raison indépendante de sa volonté et qui était inconnue et imprévisible au moment de son départ, et en cas de catastrophe naturelle ou d'acte de terrorisme à une distance maximale de 100 km.

La couverture ne s'applique pas dans le cas où l'impossibilité de partir est liée à une défaillance de l'organisateur (voyagiste, agent de voyage, compagnie aérienne, etc.).

Hébergement à la suite d'une urgence pendant le voyage de l'assuré dans sa maison de résidence

La couverture s'applique lorsque l'Assuré se trouve à l'étranger en cas d'inondation, d'incendie ou de cambriolage au domicile de l'Assuré pendant son voyage et que les pertes et dommages causés nécessitent des mesures de précaution et si le domicile de

l'Assuré est inhabitable pendant son retour. La couverture couvre les frais de séjour de l'Assuré à l'hôtel. La couverture ne s'applique pas en cas d'impossibilité de partir liée à une défaillance de l'Assuré.

Sauvetage en mer et en montagne

L'Assureur couvrira les frais de recherche et de sauvetage en mer et en montagne (y compris pour le ski hors-piste) dans la limite du plafond indiqué dans le Résumé de la couverture. Seuls les frais facturés par une entreprise dûment agréée pour de telles activités peuvent être remboursés.

Vol, destruction d'effets personnels pendant le transport

Cette couverture comprend des articles, notamment pour le sport et les loisirs.

Cela couvre les bagages et les effets personnels pendant le transport en cas de vol, de destruction totale ou partielle ou de perte pendant le transport. Seul le vol par effraction est couvert.

Les objets de valeur, pierres précieuses, bijoux, montres, fourrures et appareils électroniques ne sont pas couverts s'ils ne sont pas placés dans un bagage de cabine pour un vol quelconque.

Pour l'utilisation d'une voiture privée garée sur une voie publique, la couverture ne s'applique que de 7 heures à 22 heures.

Toute valeur sera couverte sur la base du coût de remplacement par un élément équivalent de valeur équivalente, moins la dépréciation.

Exclusions en cas de vol et de perte

- Vol sans effraction dûment certifié et enregistré par une autorité (police ou équivalent)
- Vol commis par un employé de l'Assuré
- Vol commis par l'Assuré lui-même ou par les membres de sa famille
- Dommages accidentels dus au déversement de liquides, graisses, colorants ou corrosifs contenus dans un bagage
- Confiscation par les autorités (douanes, police, etc.)
- Détérioration résultant de rayures, éraflures, déchirures ou taches
- Pertes et dommages causés par des insectes et/ou des rongeurs, des brûlures de cigarettes ou des sources de chaleur non incandescentes
- Pertes et dommages résultant d'un tremblement de terre, d'une éruption volcanique, d'un raz de marée, d'une inondation ou d'une autre catastrophe, à condition qu'un tel événement soit déclaré comme catastrophe naturelle par décision ministérielle
- Collections et échantillons de représentants commerciaux
- Casse d'objets fragiles tels que des objets en porcelaine, en verre, en ivoire, en poterie ou en marbre
- Dépréciation normale
- Toute conséquence résultant d'une utilisation non conforme aux recommandations du fabricant
- Perte et détérioration des équipements au cours de leur réparation, de leur entretien ou de leur remise en état
- Les pertes et dommages résultant d'un défaut inhérent à l'équipement assuré ou à son utilisation
- Pertes et dommages résultant de la négligence grave de l'assuré

Retard de bagages

Cela couvre le cas où les bagages personnels ne sont pas livrés à l'aéroport de destination et ne sont pas récupérés après un retard de 12 heures. Cette couverture ne peut pas être combinée avec le chapitre précédent « Bagages et effets personnels ».

Vol manqué

Cela couvre un vol manqué pour toute raison autre qu'un changement d'horaire par l'avion de ligne. La couverture prend effet à la date et à l'heure indiquées sur le billet d'avion et expire immédiatement à l'arrivée à l'aéroport de destination.

Vol retardé

Cela couvre un vol retardé pour toute raison autre qu'un changement d'horaire par l'avion de ligne. Cette couverture ne s'applique pas lorsque l'assuré est transféré vers une autre compagnie aérienne dans le cadre des horaires initiaux ou sur un autre vol que celui initialement réservé. La couverture prend effet à la date et à l'heure indiquées sur le billet d'avion et expire immédiatement à l'arrivée à l'aéroport de destination.

MODULE 7 : ASSISTANCE, ÉVACUATION OU RAPATRIEMENT VERS LE PAYS DE RÉSIDENCE, DE NAISSANCE OU D'ORIGINE

Si une assistance est nécessaire, la Société d'Assistance n'exige pas plus qu'une demande téléphonique (frais inversés acceptés de l'étranger) ou une demande par télex, fax, courriel ou télégramme.

Dans tous les cas, la décision de fournir une assistance et le choix des moyens appropriés incombe exclusivement au médecin de la Société d'Assistance, après avoir pris contact avec le médecin traitant sur place et, le cas échéant, avec la famille de l'Assuré.

Seuls l'intérêt médical de l'Assuré et le respect de la réglementation sanitaire applicable sont pris en compte pour décider de l'action à entreprendre : le transport, le choix du moyen de transport utilisé et le lieu éventuel d'hospitalisation.

En aucun cas, la société d'assistance ne se substituera aux services d'urgence locaux.

Transport médical, évacuation et/ou rapatriement

Si l'Assuré est malade ou blessé à la suite d'un événement couvert et que son état de santé nécessite une évacuation, un transport et/ou un rapatriement, celui-ci sera organisé et pris en charge :

- Soit par l'hôpital compétent le plus proche du lieu d'expatriation de l'Assuré
- Soit par l'hôpital compétent le plus proche du domicile de l'assuré dans son pays d'origine
- Soit au domicile de l'Assuré dans son pays d'origine

Si l'infrastructure médicale locale n'a pas la capacité de fournir des soins appropriés en fonction de la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale, si nécessaire, par le moyen le plus approprié parmi les suivants :

- Avion médical spécial
- Compagnie aérienne normale, train, train couchette, bateau, ambulance.

Accompagnement en cas de rapatriement ou de transport médical

Après l'évacuation, le transport et/ou le rapatriement, les frais supplémentaires de transport des autres membres de la famille vers le lieu d'évacuation peuvent être organisés et payés par la Société d'Assistance.

Transport du corps en cas de décès

La Société d'Assistance organise et prend en charge le transport du corps depuis le lieu où le corps a été placé dans un cercueil jusqu'à l'aéroport international le plus proche du domicile dans le pays d'origine ou du domicile dans le pays d'expatriation de l'assuré.

La Société d'Assistance prend en charge les frais accessoires nécessaires au transport, y compris le coût du cercueil, rendant le transport possible, à concurrence du montant indiqué dans le tableau des sommes assurées. La Société d'Assistance ne prend pas en

charge les frais de la cérémonie, des accessoires, de l'enterrement ou de la crémation qui restent à la charge des familles.

La Société d'Assistance organise et prend en charge les frais supplémentaires de transport des membres de la famille de l'Assuré qui sont également assurés ou d'une autre personne assurée au titre de la présente convention qui l'accompagne si les billets prévus pour leur retour dans leur pays d'origine ne peuvent être utilisés en raison du rapatriement.

Retour de l'assuré après consolidation

Suite au rapatriement (éventuel) dans le pays d'origine organisé par la Société d'Assistance, si une autorité médicale constate que l'état de santé de l'assuré s'est consolidé et qu'il permet le retour dans le pays d'expatriation, la Société d'Assistance prend en charge le transport de l'Assuré jusqu'à l'aéroport international le plus proche de son lieu d'expatriation. La Société d'Assistance prend en charge le transport des membres de la famille de l'Assuré qui sont assurés ou d'une personne assurée au titre de cette convention et accompagnant l'Assuré.

Médicaments à l'étranger

Pour les médicaments vitaux perdus, essentiels au traitement, et qui ne sont pas disponibles dans les pharmacies ou hôpitaux locaux, dont l'interruption met l'assuré en danger, des médicaments équivalents seront fournis sur le lieu de l'assuré.

L'Assureur décline toute responsabilité en cas de perte, de vol et de restrictions législatives qui retardent ou rendent impossible le transport des médicaments et toutes les conséquences qui en découlent.

En aucun cas, l'Assureur ne couvre le transport de produits sanguins et de dérivés du sang, de produits à usage hospitalier et de produits nécessitant un stockage spécial, y compris la réfrigération, et en général, de produits non disponibles en pharmacie. De plus, l'arrêt de la fabrication, le retrait du marché ou la non-disponibilité du médicament constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'octroi de cette garantie.

Assistance à domicile après une hospitalisation

Suite au rapatriement organisé par l'Assureur, si l'Assuré est hospitalisé plus de 5 jours, l'Assureur peut lui fournir un logement, ainsi que le nettoyage et l'assistance administrative, pour une durée maximale de 3 heures.

Exclusions de l'aide à l'évacuation et au rapatriement

- Toute maladie ou accident dû à un acte intentionnel de l'Assuré, une mutilation intentionnelle ou une tentative de suicide
- Toute procédure pénale contre l'Assuré
- Toute conséquence d'une guerre civile ou autre, d'une insurrection ou d'un mouvement populaire
- Toute émeute ou grève, sauf si l'Assuré ne participe pas activement à l'événement
- Tout sinistre résultant directement ou indirectement de la fusion d'un noyau atomique, ou de toute irradiation provenant d'un rayonnement ionisant
- Toute convalescence et troubles, maladie et accident en cours de traitement et non encore consolidés
- Toute condition préexistante diagnostiquée et/ou traitée ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- Tout voyage entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement, les grossesses sauf complications imprévues, et, dans tous les cas, après la 32e semaine de grossesse
- Toute épidémie, catastrophe naturelle et/ou pollution
- Alcoolisme, ivresse, utilisation de médicaments, drogues, stupéfiants non prescrits médicalement
- Tout duel, pari, crime, bagarre (sauf légitime défense)
- Toute pratique du bobsleigh, du skeleton, de l'alpinisme, de la luge de compétition, de l'air
- Tout sport résultant de la participation ou de l'entraînement à une manifestation officielle et/ou à une compétition organisée par une fédération sportive
- Toute absence d'aléatoire

- Dans tous les cas, la Société d'Assistance ne peut jamais se substituer aux services d'urgence locaux
- Tout événement survenu à une date à laquelle l'Assuré n'était pas à jour du paiement de ses primes, nonobstant tout délai de grâce accordé (voir Fin de la couverture).

Responsabilité de la Société d'Assistance en cas de force majeure

La Société d'Assistance ne peut être tenue responsable des défaillances dans l'exécution des services d'assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivants :

- Guerres civiles ou étrangères
- Instabilité politique avérée
- Mouvements populaires, émeutes
- Actes de terrorisme, représailles
- Restrictions à la libre circulation des personnes et des biens
- Grèves
- Explosions
- Catastrophes naturelles
- Fusion de noyaux atomiques
- Retards dans l'exécution de services résultant des mêmes causes.

MODULE 8 : TOUTE ASSURANCE PROVENANT D'UN COURTIER INTERNE

Nous sommes également courtier agréé et nous pouvons trouver des couvertures auprès de n'importe quel fournisseur, même auprès de concurrents.

L'architecture globale WrLife possède également des sociétés de courtage. L'une se trouve en France par exemple et détient la licence de courtier en assurance pour toute l'Europe.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES

Les dispositions suivantes font partie intégrante du présent Contrat et s'appliquent à l'ensemble des Modules, sauf mention contraire.

1. Paiements partiels et suspension de la couverture en cas de paiement échelonné

La Compagnie peut accepter des paiements partiels ou au prorata pour des périodes comprises dans un échéancier de paiement. Toutefois, aucune garantie ne prend effet et aucun sinistre n'est indemnisable tant que la totalité de la prime échelonnée afférente à la période concernée n'a pas été intégralement reçue. Tous les paiements partiels sont strictement non remboursables.

2. Résiliation et remboursement

L'Assuré peut résilier le présent Contrat ou en demander le non-renouvellement à tout moment, par notification écrite adressée à la Compagnie. Le remboursement de la prime en cas de résiliation est déterminé comme suit :

- **Aucun sinistre :** si aucun sinistre n'a été déclaré, présenté ou indemnisé au cours de la période d'assurance en cours, la part de prime non acquise est remboursée au prorata, déduction faite de frais administratifs de 10 % calculés sur la prime totale du contrat.
- **Avec sinistre :** si un sinistre ou un événement dommageable est survenu, a été déclaré ou indemnisé au cours de la période d'assurance en cours, la prime est intégralement acquise à la Compagnie et aucun remboursement n'est accordé.

3. Module 2 : bilan de santé préventif

Le bilan de santé préventif (check-up) au titre du Module 2 est réservé aux adultes de plus de 22 ans.