

# ASSUR-TRAVEL ÉTUDIANTS WORKING HOLIDAY

# 2011

Partenaire de votre mobilité.

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)



La garantie Santé 1<sup>er</sup> euro,  
Assistance Working Holiday  
et Etudiants à l'étranger



**Hot line :**  
**+33 (0)3 28 04 69 85**

49, boulevard de Strasbourg  
59000 LILLE  
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48  
Fax +33 (0)3 20 64 29 17  
[contact@assur-travel.fr](mailto:contact@assur-travel.fr)



**ASSUR-TRAVEL**

**Partenaires :**  
[www.assur-travel.fr/Espace partenaire](http://www.assur-travel.fr/Espace%20partenaire)  
Tél : +33 (0)3 28 04 69 85



**Vous effectuez vos études, un stage à l'étranger, vous êtes un jeune au pair ou vous voyagez dans le cadre du visa vacances travail / working holiday.**

Notre contrat prend en charge vos frais médicaux au Premier Euro sans franchise, les dommages que vous causez à autrui dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile Vie Privée, et votre Assistance Rapatriement sur un simple appel téléphonique.

Vous êtes français ou européen, nos contrats vous couvrent dans le monde entier quelle que soit la durée de votre séjour à l'étranger.

## **NOS POINTS FORTS :**

- **Des contrats clairs et complets, adaptés à vos besoins et à votre budget,**
- **Des tarifs très compétitifs,**
- **Des remboursements de vos frais médicaux et frais d'hospitalisation au premier euro et sans franchise,**
- **Une prise en charge de vos frais d'hospitalisation sur simple appel téléphonique,**
- **Un plateau d'assistance médicale à votre disposition 24H/24 et 365 jours par an, dans le monde entier,**
- **Des remboursements rapides de vos frais médicaux,**
- **La garantie de toutes vos activités sportives non professionnelles,**
- **Des formalités d'adhésion réduites,**
- **Une équipe à votre écoute pour vous conseiller sur les produits.**





## COMMENT ADHÉRER ?

### Définitions et champ d'application

#### BÉNÉFICIAIRES

Les personnes physiques ayant leur domicile principal et habituel en Europe occidentale.

#### PAYS DE RÉSIDENCE

Le pays dans lequel vous effectuez votre séjour. Il est obligatoirement différent du pays de domicile

#### DOMICILE

Votre lieu de résidence principal et habituel situé, au jour de votre souscription, en France, Principautés d'Andorre et de Monaco, ou en Europe occidentale.

#### DÉPLACEMENTS GARANTIS

Tout déplacement à l'étranger d'une durée maximum de 12 mois.

#### SÉJOUR GARANTI

Séjour effectué par le bénéficiaire, hors du pays de domicile, pour une durée maximum de 12 mois et ayant pour objectif :

- Soit la réalisation d'un stage en entreprise rémunéré ou non mais faisant l'objet d'une convention de stage (y compris pour les apprentis),

- Soit la réalisation d'un voyage d'études auprès d'une université, d'une école ou d'un organisme de langues à l'étranger,
- Soit la formation professionnelle continue,
- Soit le perfectionnement de l'apprentissage d'une langue étrangère en travaillant « au pair » dans une famille à l'étranger,
- Soit la réalisation d'un voyage dans le cadre du programme VACANCES TRAVAIL/WORKING HOLIDAY.

#### ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Maladie, blessure ou décès lors un déplacement garanti.

#### TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent dans le monde entier.

**D'une manière générale, sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quelqu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...).**

## Souscription en ligne

La souscription peut s'effectuer en ligne avec paiement par carte bleue avec remise immédiate de l'attestation de garantie et des conditions générales. Ou par souscription papier, par retour du bulletin d'adhésion joint avec règlement de la cotisation par chèque. Nous vous adresserons à réception des documents, votre attestation de garanties.

## COTISATIONS

#### CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction de la zone de souscription et de la durée du séjour.

#### PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance à la souscription du contrat.

## Tarifs en €uros TTC (dont taxe d'assurance 9 %)

#### Liste des pays par Zone :

**ZONE 1** : USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, République Populaire de Chine, Japon, Hong Kong, Singapour, Taiwan.

**En souscrivant en zone 1, vous êtes couvert dans le monde entier.**

**ZONE 2** : Tous les pays non listés dans la zone 1.

**En souscrivant en zone 2, vous êtes couvert dans le monde entier à l'exception des USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, République Populaire de Chine, Japon, Hong Kong, Singapour, Taiwan.**

	ZONE 1	ZONE 2
<b>15 jours</b>	19	16
<b>1 mois</b>	35	29
<b>2 mois</b>	65	59
<b>3 mois</b>	90	77
<b>4 mois</b>	110	103
<b>5 mois</b>	130	121
<b>6 mois</b>	150	143
<b>7 mois</b>	175	170
<b>8 mois</b>	205	195
<b>9 mois</b>	230	212
<b>10 mois</b>	260	245
<b>11 mois</b>	285	262
<b>12 mois</b>	315	290



## LES GARANTIES

### Garanties Santé et Assistance

GARANTIES	PRISE EN CHARGE
<b>Frais Médicaux à l'étranger au 1<sup>er</sup> euro</b>	<b>100% des frais réels avec un maxi de</b>
USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, République Populaire de Chine, Japon, Hong Kong, Singapour, Taiwan.	500.000 € par assuré
Autres destinations	200.000 € par assuré
Soins dentaires d'urgence	200 € par assuré
Frais Médicaux dans votre pays d'origine	20.000 € par assuré
<b>Assistance aux personnes en cas de maladie ou blessure</b>	
Contact médical	Frais réels
Transport - rapatriement	Frais réels
Visite d'un proche	(1) + frais d'hôtel 100 € par nuit pendant 10 nuits
Poursuite du séjour garanti	(1)
Retour anticipé : en cas de maladie grave d'un proche parent	Billet aller et retour (1)
<b>Assistance aux personnes en cas de décès</b>	
Rapatriement du corps	Frais réels
Frais de cercueil nécessaire au transport	Frais réels
Retour anticipé : en cas de décès d'un proche parent	Billet aller et retour (1)
<b>Assistance Voyage</b>	
Avance de fonds	800 €
Avance de caution pénale	30.000 €
Prise en charge des honoraires d'avocat	8.000 €
Frais de recherche et de secours	5.000 € par évènement
Informations pratiques « voyage »	Frais réels

(1) Transport par avion classe économique ou train 1<sup>ère</sup> classe.

### Garanties Responsabilité Civile

GARANTIES	PRISE EN CHARGE
Tous préjudices confondus	7.500.000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	750.000 €
Franchise	150 €



## Définition des Garanties Frais médicaux

Vous êtes malade, blessé lors d'un déplacement garanti, nous intervenons dans les conditions suivantes :

### FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION

(uniquement à l'étranger)

Vous êtes garanti pour le remboursement de vos frais d'hospitalisation et frais médicaux prescrits par toute autorité médicale à l'étranger, consécutifs à une atteinte corporelle survenue et constatée à l'étranger lors d'un déplacement garanti,

Lorsque des frais médicaux ou d'hospitalisation ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons vos frais médicaux, au premier euro.

Si vous bénéficiez d'une prise en charge par les éventuels organismes d'assurance (sécurité sociale ou autres), nous vous remboursons en complément de ces organismes. Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par ces derniers, sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement des organismes sociaux.

**Cette prestation cesse à dater du jour où Mutuaide Assistance est en mesure d'effectuer votre rapatriement.**

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile (hors dérogation prévue à l'article 2.11 « Frais médicaux et d'hospitalisation dans votre pays d'origine »), à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile. Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'à un maximum de :

■ **500.000 € TTC** par personne aux USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, République Populaire de Chine, Japon, Hong Kong, Singapour, Taiwan.

■ **200.000 € TTC** par personne dans tous les autres pays.

Les soins dentaires d'urgence sont pris en charge à concurrence de 200 € TTC maximum par personne, sans application de franchise.

### FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION :

Les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à votre pathologie, les frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger, les soins dentaires.

Cette garantie est acquise exclusivement aux conditions suivantes :

■ La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord de notre service médical matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à vous-même ou à toute personne agissant en votre nom dès lors que le bien fondé de la demande est constaté,

■ En cas d'hospitalisation, sauf cas de force majeure, nous devons être avisés de l'hospitalisation dans les 24 heures suivant la date mentionnée au certificat d'hospitalisation,

■ Vous devez accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par nos services,

■ Dans tous les cas, le médecin que nous avons missionné doit pouvoir vous rendre visite et avoir libre accès à votre dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques,

■ La garantie cesse automatiquement à la date où nous procédons à votre rapatriement.

## Extensions de la garantie

### « Frais médicaux et d'hospitalisation »

Vous êtes malade, blessé lors d'un déplacement garanti, nous intervenons dans les conditions suivantes :

### AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION

(uniquement à l'étranger)

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

■ les médecins de Mutuaide Assistance doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile,

■ les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de Mutuaide Assistance,

■ vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par Mutuaide

Assistance lors de la mise en oeuvre de la présente prestation :

■ à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par Mutuaide Assistance,

■ à effectuer les remboursements à Mutuaide Assistance des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de Mutuaide Assistance, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation «frais médicaux et d'hospitalisation», les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez communiquer à Mutuaide Assistance l'attestation de refus de prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.



**Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droit soit une empreinte de votre carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.**

**A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à Mutuaide Assistance dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par Mutuaide Assistance, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.**

Pour le cas où nous ferions l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés ci-dessus, vous vous engagez à nous reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

### FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION DANS VOTRE PAYS DE DOMICILE

Nous pouvons, dans la limite de **20.000 € TTC**, vous rembourser les frais médicaux ou d'hospitalisation que vous devez engager **dans votre pays de domicile**, suite à une maladie ou un accident grave, si les conditions suivantes sont réunies :

- Votre retour dans votre pays de domicile est effectué suite à rapatriement médicalisé organisé par MUTUAIDE ASSISTANCE. Dans ce cas précis la garantie est limitée à 30 jours à partir du jour de la date d'arrivée dans votre pays de domicile.
- Votre retour dans votre pays de domicile est effectué uniquement pendant les vacances, alors que la durée de votre séjour à l'étranger n'est pas expirée, conformément aux dates figurant sur votre bulletin d'adhésion,

- Votre retour dans votre pays de domicile n'excède pas 30 jours consécutifs,

- La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord de notre service médical, matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à vous-même ou à toute personne agissant en votre nom dès lors que le bien fondé de la demande est constaté.

Si vous bénéficiez d'une prise en charge par les éventuels organismes d'assurance (sécurité sociale ou autres), nous vous remboursons en complément de ces organismes. Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par ces derniers, sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement de ces organismes.

Si vous n'êtes plus couvert par les organismes sociaux et d'assurance dans votre pays de domicile, nous vous remboursons dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation «frais médicaux et d'hospitalisation». Dans ce cas, les remboursements seront limités aux tarifs de convention de la Sécurité Sociale française.

Vous devez toutefois communiquer à Mutuaide Assistance la ou les attestation(s) de refus de prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit leur réception.

**Dans tous les cas**, une franchise de **30 € TTC** est appliquée.

**Cette prestation cesse au plus tard à la date d'expiration de votre contrat, figurant sur votre bulletin d'adhésion.**

### FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION :

Les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à votre pathologie, les frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger, les soins dentaires.

## Les exclusions spécifiques de la garantie « Frais médicaux et d'hospitalisation »

### Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les frais médicaux ou d'hospitalisation consécutifs aux cas de dorsalgie, lombalgie, lombosciatique, hernie discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche et ombilicale,
- Les frais de transplantation d'organes non nécessités par un accident ou une maladie garantie,
- Les frais de chirurgie esthétique ou reconstructive et les traitements de confort tels que :
  - L'acné, les allergies y compris les tests d'allergie,
  - Tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs
  - Les opérations de chirurgie esthétique de toute nature, non consécutives à un accident garanti,
  - Les opérations et traitements cosmétiques de toute nature, non consécutifs à un accident garanti,
  - Les opérations et traitements de malformations congénitales,
- Les bilans de santé,
- Les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), la ligature des trompes,
- Les traitements hormonaux, l'incontinence,
- Le traitement des verrues et des kystes,
- Les traitements pour surcharge pondérale, les traitements d'amaigrissement,
- Les examens pré-nuptiaux,
- Les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un événement garanti,
- Les traitements de l'insomnie
- La vasectomie,
- Tous les actes médicaux et traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation, ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques médicales ordinaires,
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie,
- Les frais et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée.

**Pour le détail des garanties Assistance et Responsabilité Civile veuillez vous reporter aux conditions générales disponibles sur le site [www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr).**



### Comment se faire prendre en charge ?

Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, **MUTUAIDE ASSISTANCE**, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, **MUTUAIDE ASSISTANCE** peut demander au bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

**MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.**

Les interventions que **MUTUAIDE ASSISTANCE** est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque **MUTUAIDE ASSISTANCE** a pris en charge votre transport, vous devez lui restituer votre billet de retour initialement prévu et non utilisé.

**MUTUAIDE ASSISTANCE** décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

**MUTUAIDE ASSISTANCE** ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations en cas de délai et/ou d'impossibilité à obtenir des documents administratifs tels que visa d'entrée ou de sortie, passeport etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez, ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e), ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

### N° D'APPEL D'URGENCE

Pour toute demande d'assistance ou de prise en charge de frais médicaux, nous mettons à votre disposition un N° d'appel.



ASSUR-TRAVEL

ETUDIANTS  
WORKING  
HOLIDAY

**33 1 45 16 // //**  
**24H/24 – 7 j/7**

N° de contrat : 10/3886

### Conditions de remboursement Santé et Assistance

Les remboursements au bénéficiaire ne peuvent être effectués par **MUTUAIDE ASSISTANCE** que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec son accord.

**Les demandes de remboursement doivent être adressées à :**

**MUTUAIDE ASSISTANCE**  
Service Gestion des Sinistres  
8-14, Avenue des Frères Lumière  
94368 BRY SUR MARNE CEDEX

Le bénéficiaire ou le souscripteur doit respecter strictement les modalités d'application attachées à la mise en œuvre des prestations.



Document à retourner à ASSUR-TRAVEL, Service Etudiants - 49, bd de Strasbourg - 59000 LILLE

### CONTRATS N° 10/3886 - N° 35524910

N° ASSUR-TRAVEL :  Date d'effet :

#### SOUSCRIPTEUR

Nom :  Prénom :   
 N° Sécurité Sociale :  Né(e) le :         Nationalité :   
 Nationalité :  Pays d'expatriation :   
 Adresse :  Tél. :  Fax :   
 C.P. :  Ville :  E-mail :   
 Coordonnées Ecole, Institut, Faculté :

#### BÉNÉFICIAIRE (à compléter si Bénéficiaire différent du souscripteur)

Nom :  Prénom :   
 N° Sécurité Sociale :  Né(e) le :         Nationalité :   
 Nationalité :  Pays d'expatriation :   
 Adresse :  Tél. :  Fax :   
 C.P. :  Ville :  E-mail :   
 Coordonnées Ecole, Institut, Faculté :

#### TYPE DE CONTRAT SOUSCRIT - COTISATION

**Étudiant**  Zone 1 (USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, République Populaire de Chine, Japon, Hong Kong, Singapour, Taiwan)  
 Zone 2 (autres destinations) **Voir les dispositions générales pour la liste détaillée des pays et des exclusions.**  
 Durée de validité : du     au      
 Durée en semaine(s) :  ou en mois :  **TARIF :**  **TTC (dont taxe d'assurance 9%)**

#### MODE DE PAIEMENT

Chèque  Espèces (remis au point de vente)

Le présent contrat se compose des Dispositions Particulières et des Dispositions Générales. Le souscripteur reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte comme faisant partie dudit contrat. Le présent contrat prend effet à la date de validité indiquée et sous réserve que le paiement soit joint. La date de validité indiquée ne peut être antérieure à la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi). Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque, la compagnie d'assurance a été induite en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat. La loi n°78.17 du 06/01/78 relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du service commercial d'Assur-Travel. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif. Sauf refus formulé par courrier en précisant votre nom, prénom, adresse, n° de contrat et n° d'adhésion Assur-Travel, Assur-Travel se réserve le droit de céder ou d'utiliser vos coordonnées à des fins commerciales.

Fait à :   
 le :

**Cachet de l'intermédiaire**

**Signature du souscripteur**  
 (précédée de la mention « lu et approuvé »)

**ASSUR-TRAVEL** - SAS au capital de 38.000 € - Immatriculation ORIAS : N° 07 030 650 - www.oriass.fr - RCS LILLE 451 947 378  
 Siège social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE - Tél. : +33 (0)3 20 34 67 48 - Fax : +33 (0)3 20 64 29 17

**MUTUAIDE ASSISTANCE** - SA au capital de 9.520.040 € - RCS 383 974 086 CRETEIL - 8-14 Avenue des Frères Lumière 94368 BRY SUR MARNE  
**TOKIO MARINES** - Tokio Marine Europe Insurance Limited (UK) Société anonyme de droit britannique, siège établi au 150 Leadenhall Street, London EC3V 4TE  
 N° company Registration House 989421 England - Capital social : £ 35 000 000 - Entreprise agréée et contrôlée par l'Autorité des services financiers du Royaume-Uni (Financial Services Authority - FSA), et agissant en conformité avec les règles françaises du code des assurances  
 Succursale en France, établissement principal établi au 66 rue de la Chaussée d'Antin, 75441 Paris Cedex 09, RCS : Paris B 382 096 071



Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et ainsi, adapter précisément notre offre à votre situation. Les informations suivantes vous sont données en application des articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances.

### I - COURTIER CONSEIL

Cachet du courtier :

N° ORIAS :

### II - INFORMATIONS LÉGALES

Le futur assuré peut vérifier l'immatriculation de son courtier conseil à l'adresse suivante :

**ORIAS : Organisme pour le registre des Intermédiaires d'Assurances** [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09 - Tél : 01 53 21 51 70

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance partenaires privilégiés de notre cabinet.

Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées, sur simple demande de votre part. En cas de réclamation, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse indiquée au I. Courtier Conseil.

Il est enfin rappelé les coordonnées de l'autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles :

**ACP - Autorité de contrôle prudentiel -**  
61 Rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09

### III - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Par ailleurs, en tant que de besoin, nous vous précisons :

que notre cabinet détient une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

que la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

détient (détiennent) une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital émanant de notre cabinet.

### IV - INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

M.  Mme  Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :  Ville :

E-mail :  @

Tél. :  Profession :

### 1 - Situation professionnelle :

Salarié  Indépendant  Retraité  Etudiant

### 2 - Votre statut :

	Date de naissance	Sexe	
Vous :	<input type="text"/>	M	F
Votre conjoint :	<input type="text"/>	M	F
1 <sup>er</sup> enfant :	<input type="text"/>	M	F
2 <sup>ème</sup> enfant :	<input type="text"/>	M	F
3 <sup>ème</sup> enfant :	<input type="text"/>	M	F
4 <sup>ème</sup> enfant :	<input type="text"/>	M	F

### 3 - Expression de vos besoins :

Durée de votre séjour

ou déplacement à l'étranger :

Destination :

Quelles sont les garanties souhaitées :

- Frais de santé complémentaire :

- Frais de santé 1er euro :

Si OUI, avez-vous une garantie santé actuellement :

- Assistance :

- Assurance annulation :

- Assurance bagage :

- Assurance individuelle accident :

- Assurance Responsabilité Civile vie privée :

- Assurance Prevoyance Retraite :

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée :

5 - Demandes spécifiques (autres exigences particulières) :

### V - VOTRE SOLUTION

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie :

proposée par ASSUR TRAVEL.

Vous trouverez joint à ce diagnostic, un projet personnalisé détaillé présentant l'offre avec la cotisation, le détail des garanties.

Le client reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à :  Remis le :

en 2 exemplaires Votre courtier conseil Vous



## ASSUR-TRAVEL, partenaire de votre mobilité.

Animé par des professionnels de l'assurance, ASSUR-TRAVEL, courtier grossiste adhérent au Syndicat 10, Syndicat National des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance, est spécialisé dans la conception et la gestion de programmes d'assurance liés à la mobilité internationale.

**Partenaire de la Caisse des Français de l'étranger**, ASSUR-TRAVEL compte plus de 6.000 clients expatriés dans le monde entier. Chaque mois 100 nouveaux expatriés choisissent nos contrats santé.

De nombreuses entreprises, PME ou groupes internationaux font confiance à ASSUR-TRAVEL.

Fort de cette confiance ASSUR-TRAVEL a étendu sa gamme de contrats aux étudiants, aux étrangers séjournant temporairement en France et dans le monde entier, ainsi qu'aux séjours professionnels et/ou de loisirs de courtes durées. ASSUR-TRAVEL assure aujourd'hui les voyages de plus de 500.000 personnes par an.

Le siège social de la société ASSUR-TRAVEL est situé dans le quartier des affaires de Lille et dispose de représentants sur Paris, Niort et Lyon. Cent cinquante courtiers en assurance situés en France et sur les 5 continents distribuent les contrats spécifiques ASSUR-TRAVEL.

### ASSUR-TRAVEL s'est associée avec les acteurs majeurs de la mobilité internationale :



TOKIO MARINE  
EUROPE

#### TOKIO MARINE EUROPE

Filiale de Tokio Marine and Nichido Fire Insurance Co .Limited, est la plus importante et la plus ancienne société d'Assurance Non Vie au Japon dans le domaine des risques Entreprises, Maritimes et transport.

Mutuaide  
Assistance

#### MUTUAIDE

Filiale à 100% de GROUPAMA SA, des interventions dans plus de 165 pays dans le monde. 45 millions d'assistés potentiels.

### CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

Par téléphone au +33 (0)3 28 04 69 85 de 9 heures à 18 heures.

Par mail : [contact@assur-travel.fr](mailto:contact@assur-travel.fr)

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site : [www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)



**ASSUR - TRAVEL**