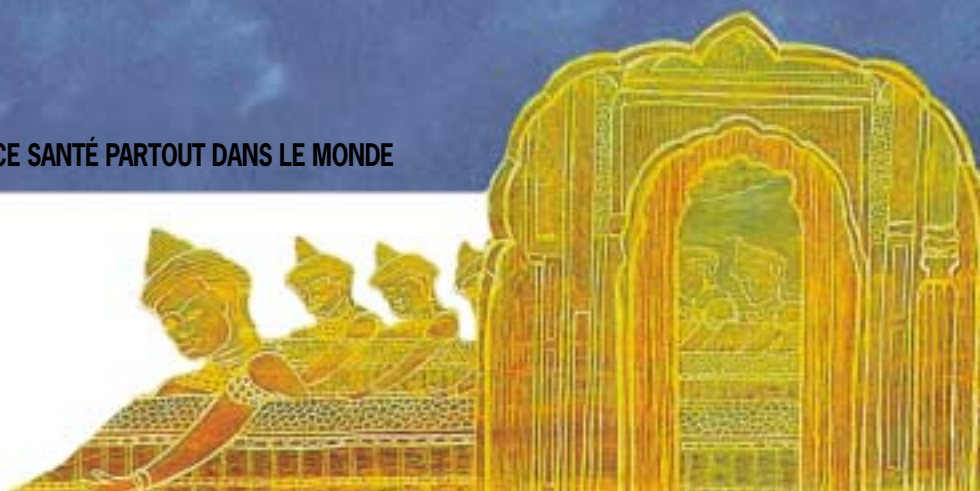


GOLDEN CARE®

VOTRE ASSURANCE SANTÉ PARTOUT DANS LE MONDE



Conditions Générales du Plan Golden Care TravelCover

POUR BIEN COMPRENDRE
ET UTILISER VOTRE PLAN

I N T R O D U C T I O N

- ▶ 0.1 Les présentes Conditions Générales définissent les prestations et garanties du Plan *Golden Care TravelCover* ainsi que leurs modalités d'application. L'ensemble des documents énumérés ci-dessous, associé aux **Conditions Générales**, constitue le contrat dénommé *Golden Care* entre le *Contractant* et l'*Assureur*.
 - Le **Bulletin de Souscription** précise les informations données par le *Contractant*, ainsi que ses choix à la *date de souscription*. Il doit aussi spécifier votre adresse exacte dans votre pays de *résidence habituelle*.
 - La **Déclaration Médicale** détaille les réponses aux questions médicales posées dans le Bulletin de Souscription.
 - Les **Conditions Particulières** définissent les caractéristiques du Plan, ainsi que la date de début et de fin de la période d'assurance, telles que choisies par le *Contractant* et acceptées par *Golden Care Service*. Elles sont déterminées, pour chaque *Assuré*, à la souscription ou après tout avenant.
 - La **Quittance** précise aussi le montant total de la cotisation reçue sous réserve d'encaissement effectif par *Golden Care Service*.
 - Les **Formulaires d'Avenants** énumèrent les modifications pouvant affecter les Conditions Générales et les Conditions Particulières.

- ▶ 0.2 Les prestations d'Assistance et d'Assurance médicale complémentaire sont fournies par : INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE.

Important

- ▶ 0.3 Toute communication orale entre *Golden Care Service* et ses *Assurés*, *Contractants* ou toute autre personne ne prendra effet que lorsqu'elle aura été demandée et/ou confirmée par écrit. Cette règle s'applique aux deux parties et dans les deux sens.

- ▶ 0.4 L'adresse dans votre pays de *résidence habituelle* ainsi que celle figurant sur votre passeport (*domicile*) doivent être constamment à jour. Un retard ou un manquement à cette obligation risquerait de compromettre l'exercice de vos droits et la continuité de votre Contrat.

- ▶ 0.5 La compagnie d'assurance et d'assistance du contrat *Golden Care TravelCover* objet des présentes conditions générales est INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE.

- ▶ 0.6 INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE, reçoit les appels 24h/24 et 7j/7 et gère les sinistres.

Les mots revêtant une importance particulière sont en italique et leur définition se trouve au chapitre 10.

S O M M A I R E

_____ 1. Qui peut bénéficier du Plan Golden Care ?	P.4
_____ 2. Quels sont vos choix ?	P.4
2.1 Le plan TravelCover.	P.4
2.2 Les zones de protection.	P.4
2.3 Les franchises.	P.4
2.4 Les modes de cotisation.	P.4
2.5 Les langues de correspondance.	P.4
2.6 Les modalités de remboursement.	P.4
_____ 3. Quelles sont vos prestations et garanties ?	P.5
3.1 Vos prestations et garanties.	P.5
3.2 Les prestations et garanties d'Assistance.	P.5
3.3 Les prestations et garanties frais de guérison.	P.6
_____ 4. Dans quelles limites s'exercent vos prestations et garanties ?	P.7
4.1 A l'étranger et/ou chez vous.	P.7
4.2 L'application des franchises.	P.7
4.3 L'application des plafonds.	P.7
_____ 5. Quelles sont les exclusions ?	P.8
5.1 Les risques exclus par les plans Golden Care.	P.8
5.2 Les risques auto-aggravés.	P.8
5.3 Les risques antérieurs ou de naissance.	P.9
5.4 Les risques aggravés par le milieu environnant.	P.9
5.5 L'absence de caractère pathologique.	P.9
_____ 6. Comment utiliser vos prestations et garanties ?	P.10
6.1 En cas de soins et/ou d'urgence médicale.	P.10
6.2 En cas d' <i>urgence médicale</i> .	P.10
_____ 7. Quelle est votre période de couverture ?	P.11
7.1 Le début.	P.11
7.2 La durée.	P.11
7.3 La période d'assurance.	P.11
7.4 Fin des prestations.	P.11
_____ 8. Comment utiliser votre contrat ?	P.12
8.1 La souscription.	P.12
8.2 La prolongation.	P.12
8.3 La résiliation et ses conséquences.	P.12
_____ 9. Que se passe-t-il en cas de litige ?	P.12
_____ 10. Définitions.	P.13

1 Qui peut bénéficier du Plan Golden Care ?

- 1.1 Toute personne physique quelque soit sa nationalité, voyageant en dehors de son pays de *résidence habituelle*.
- 1.2 En tant que *Contractant* pour raison privée ou en tant que *professionnel*, vous pouvez faire assurer :
 - Tout membre de votre famille : conjoint et enfants à charge.
 - Toute personne employée active en poste au moment de la souscription.
- 1.3 L'âge limite de souscription est de 80 ans.

2 Quels sont vos choix ?

2.1 Le Plan TravelCover.

Les prestations et garanties du Plan *TravelCover* prennent en charge les frais des prestations médicales, nécessaires et économiquement acceptables suite à un *accident* et/ou une *maladie* n'ayant fait l'objet d'aucun *diagnostic* et/ou traitement avant la prise d'effet du contrat.

2.2 Les zones de protection.

Les zones de protection sont les espaces géographiques à l'intérieur desquels vous pouvez faire valoir vos droits conformément aux Conditions Générales et aux Conditions Particulières du Plan choisi.

- 2.2.1 La Zone 1 vous permet de bénéficier de l'ensemble de vos prestations dans les pays membres de l'espace Schengen, incluant la Suisse et le Liechtenstein, à l'exclusion de tout autre pays.
- 2.2.2 La Zone 2 vous permet de bénéficier de l'ensemble de vos prestations dans les pays inclus dans la Zone 1, ainsi que dans le reste du monde sauf aux Etats-Unis, à Singapour et au Japon.
- 2.2.3 La Zone 3 vous permet de bénéficier de l'ensemble de vos prestations dans le monde entier sans les restrictions applicables à la Zone 1 et à la Zone 2.
- 2.2.4 Les périodes de couverture.
Vous pouvez choisir entre les périodes suivantes : 8, 10, 15, 22, 31, 45, 62, 92 ou 180 jours

2.3 Les franchises.

La franchise est la somme laissée à votre charge lors du règlement des frais de santé.

- 2.3.1 Pour le Plan *TravelCover* la franchise est de CHF 100 applicable à chacun des *Assurés* figurant sur le même contrat.
- 2.3.2 La franchise ne s'applique pas aux prestations d'Assistance ainsi qu'aux soins consécutifs à un *Accident* impliquant une ou plusieurs tierce(s) partie(s) identifiée(s).

2.4 Les modes de cotisation.

La cotisation est la somme que vous devez payer pour la période définie, en contrepartie des prestations du Plan choisi. Vous pouvez régler celle-ci :

- en francs suisses, devises de référence du Plan, ou dans une autre devise de votre choix, à condition que celle-ci soit librement convertible et que *Golden Care Service* vous ait donné son accord, ainsi que le taux de conversion,
- par carte bancaire, virement, bulletin de versement ou de la manière précisée sur votre Formulaire de Souscription ou sur votre avis d'échéance, selon le cas.

2.5 Les langues de correspondance.

Les documents relatifs à votre Plan sont à votre disposition en français. Toutes autres traduction sont faites pour des raisons commerciales. En cas de litige seule la version française fait foi.

2.6 Les modalités de remboursement.

Vous pouvez choisir le remboursement :

- en francs suisses ou dans une autre devise à condition que celle-ci soit librement convertible,
- par chèque bancaire (les frais sont à la charge du bénéficiaire) ou par virement.

3 Quelles sont vos prestations et garanties ?

3.1 Vos prestations et garanties.

Les prestations et garanties ne sont valables qu'en dehors de votre pays de *résidence habituelle* et/ou pays du départ. Le Plan *TravelCover* couvre les risques d'*accident* et de *maladie* avec ou sans *hospitalisation*, ainsi que les soins externes.

3.2 Les prestations et garanties d'Assistance.

Vous avez accès à une *centrale d'alarme*, disponible 24 h sur 24 tous les jours de l'année. Les prestations et services définis dans votre contrat *Golden Care* ne seront fournis qu'avec l'accord du service médical de l'*Assureur*, en étroite collaboration avec le *médecin* traitant ou les *médecins* en charge sur le lieu de l'*urgence médicale*.

Vous devez OBLIGATOIREMENT contacter la *centrale d'alarme* avant d'entreprendre un traitement et/ou une intervention d'assistance.

PRESTATIONS ET SERVICES D'ASSISTANCE	PRÉCISIONS
3.2.1 Prestation d'Assistance en cas d'urgence médicale.	Organisation et prise en charge des services d'Assistance, telles que définies ci-dessous. Ces prestations sont effectuées en fonction et dans le seul intérêt médical de l'Assuré et au moment de l'urgence médicale.
3.2.1.1 <i>Transport médical local, évacuation, rapatriement</i> depuis le lieu de l'urgence médicale avec l'accord des médecins en charge du cas de l'Assuré et dans les conditions requises par son état.	<i>Evacuation</i> : organisation et prise en charge du <i>transport médical</i> vers un <i>centre hospitalier</i> spécialisé, le plus proche du lieu de l'urgence médicale. <i>Rapatriement</i> : transport médical de l'Assuré depuis le lieu de l'urgence médicale jusqu'à son lieu de <i>résidence habituelle</i> .
3.2.1.2 Envoi d'un <i>membre de la famille</i> .	Organisation et prise en charge d'un voyage aller/retour d'un <i>membre de la famille</i> de l'Assuré de moins de 18 ans et hospitalisé pour une durée supérieure à 7 jours. Les frais de séjour de ce proche sur le lieu de l' <i>hospitalisation</i> ne sont pas pris en charge.
3.2.1.3 Accompagnement médicalisé.	L'Assuré sera, et seulement si cela est médicalement nécessaire, accompagné et assisté pendant son <i>évacuation</i> ou son <i>rapatriement</i> par un personnel médical et/ou paramédical ayant la spécialisation requise par son état et désigné par les <i>médecins</i> de l'Assisteur exclusivement.
3.2.1.4 Accompagnement pour le retour des enfants de moins de 15 ans se trouvant avec l'Assuré en dehors de son pays de <i>résidence habituelle</i> au moment de l'urgence médicale.	Lorsqu'à la suite d'une <i>maladie</i> ou d'un <i>accident</i> , l'Assuré n'est pas en mesure de s'occuper des enfants de moins de 15 ans voyageant en sa compagnie et à la condition que ceux-ci soient aussi assurés par <i>Golden Care</i> , l'Assisteur enverra et prendra en charge les frais de déplacement d'un accompagnateur afin de chercher et de raccompagner les enfants à leur <i>domicile</i> ou à leur <i>résidence habituelle</i> .
3.2.1.5 Envoi en urgence de médicaments indispensables et non disponibles sur le lieu de l'urgence médicale.	L'Assisteur organise et prend en charge l'envoi des médicaments requis par le traitement de l'Assuré, à condition que ceux-ci ne soient pas disponibles dans le pays où l' <i>hospitalisation</i> ou le traitement a lieu et que ces médicaments se trouvent dans le commerce du pays du siège de l'Assisteur et que leur usage soit autorisé sur le lieu de leur utilisation. Les frais de douane sont à la charge de l'Assuré.
3.2.1.6 Transport en ambulance (organisé par l'Assisteur).	Jusqu'au <i>centre hospitalier</i> le plus proche, par un véhicule sanitaire (dûment reconnu comme tel) et conduit par une personne autorisée.
3.2.2 Prestations d'Assistance en cas de décès.	Organisation et paiement par l'Assisteur du <i>rapatriement</i> du corps en cas de décès.
3.2.2.1 <i>Rapatriement funéraire</i> de l'Assuré décédé jusqu'au lieu des obsèques.	En cas de décès de l'Assuré pendant le voyage hors de sa <i>résidence habituelle</i> , l'Assisteur organisera le <i>rapatriement</i> de la dépouille mortelle dans l'état où elle se trouve au moment de la levée du corps jusqu'au lieu de <i>résidence habituelle</i> , en conformité avec la législation nationale et internationale et à condition que ce transport soit matériellement réalisable. Les frais relatifs à la cérémonie funéraire ainsi le cercueil définitif, ne sont pas pris en charge.

Strictement limité au transport, à l'exclusion de tout autre frais, par avion sanitaire, avion de ligne régulière, train ou ambulance, s'il s'agit du *transport médical local*, de l'évacuation ou du rapatriement de l'Assuré. Transport, à l'exclusion de tout autre frais, par train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique dans tout autre cas.

L'Assuré s'engage à transmettre à l'Assisteur du Plan le droit d'utiliser le titre de transport qu'il détient ou à reverser à ces derniers les montants dont il obtiendrait remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

3.3 Les prestations et garanties frais de guérison.

Vos garanties s'exercent par un règlement des soins aux frais réels. Ceux-ci doivent être d'un montant raisonnable et conforme à ce qui est habituellement pratiqué dans ce domaine et dans le pays où le traitement est dispensé.

En Suisse et au Liechtenstein, le remboursement de vos prestations assurées se fera sur la base des tarifs appliqués dans les Hôpitaux cantonaux et/ou universitaires du canton dans lequel aura lieu votre *hospitalisation* ou votre traitement.

Vous devez OBLIGATOIREMENT contacter la *centrale d'alarme* avant d'entreprendre un traitement et/ou une intervention d'assistance.

PRESTATIONS ET SERVICES D'ASSISTANCE		PRÉCISIONS
3.3.1	Prestations Soins Hospitaliers.	La prestation Soins Hospitaliers est fournie lorsque l'Assuré est hospitalisé. Dès que l'état médical de l'Assuré est stabilisé, l'hospitalisation n'est plus prise en charge et l'assureur se réserve le droit de rapatrier l'Assuré dans son pays d'origine et/ou de résidence habituelle.
3.3.1.1	Premiers soins effectués sur les lieux de l'urgence médicale. Soins en salle d'urgence.	Soins dispensés par l'équipe médicale de premiers secours. Fournis au sein d'un centre hospitalier immédiatement après un accident ou une maladie.
3.3.1.2	Soins pour patient hospitalisé.	Si médicalement nécessaires et prescrits par un médecin.
3.3.1.3	Transplantation d'organe. En cas d'accident seulement.	Reins, cœur et/ou foie, à l'exception de toute autre transplantation.
3.3.1.4	Soins dentaires consécutifs à un accident.	Si effectués ou diagnostiqués par un dentiste dans les 48 heures après l'accident, pour restaurer ou remplacer exclusivement des dents saines et naturelles.
3.3.1.5	Chambre standard et repas.	Chambre standard et repas pris dans le centre hospitalier.
3.3.1.6	Chambre et repas d'une personne accompagnant un enfant hospitalisé de moins de 10 ans.	Dans le centre hospitalier ou à l'hôtel, s'il n'y a pas de lit supplémentaire disponible. Prestation limitée à 10 jours d'assurance. Plafond : CHF 100 par jour.
3.3.2	Prestations Soins Externes. Médecine ambulatoire.	La prestation Soins Externes est fournie lorsque l'Assuré n'est pas hospitalisé.
3.3.2.1	Consultation de médecins généralistes et spécialistes.	Le médecin doit être officiellement diplômé et admis à pratiquer par les autorités du pays où le traitement est dispensé et exercer son métier dans le cadre de ses compétences et de son diplôme. Le médecin ne peut être un membre de la famille de l'Assuré.
3.3.2.2	Service de laboratoire et de radiologie.	Comprend strictement les examens de laboratoire et les procédures médicales radiographiques et nucléaires strictement nécessaires pour établir un diagnostic dans le but de prescrire un traitement.
3.3.2.3	Médicaments sur ordonnance.	Concerne uniquement les médicaments dont la vente et l'absorption ne sont légalement autorisées que si prescrits sur ordonnance par un médecin et absorbés dans le cadre d'un traitement. Ils ne doivent pas servir à des fins de prévention.
3.3.2.4	Séances de Physiothérapie.	Si prescrites par un médecin et fournies par un physiothérapeute diplômé d'Etat. Cette prestation est soumise à entente préalable.

4 Dans quelles limites s'exercent vos prestations et garanties ?

4.1 A l'étranger et/ou chez vous.

4.1.1 Vos prestations et garanties s'exercent partout où vous vous rendez ou séjournez, pour raisons professionnelles ou privées en dehors de votre pays de *résidence habituelle* et/ou de départ, à condition que vous soyez en conformité avec les Conditions Générales et les Conditions Particulières de votre Plan.

4.1.2 Au titre de toutes les garanties ou tous services détaillés dans les présentes conditions générales et notamment sous cf. 3, vous devez IMPÉRATIVEMENT contacter la *centrale d'alarme* dont les numéros sont désignés sur votre carte d'identification aussitôt qu'un *médecin* vous a informé de la nécessité d'une *hospitalisation* et/ou que vous même avez décidé d'entamer un traitement ou une *hospitalisation*. Dans le cas contraire, vous n'aurez droit à aucune prestation et/ou garantie. Sauf si l'urgence rendait nécessaire de telles dépenses prouvées par la remise à l'*Assisteur* des pièces justificatives, (cas de force majeure).

4.1.2.1 Au titre de l'Assistance, en cas d'*urgence médicale* nécessitant une *évacuation*, les frais supplémentaires seront à votre charge si vous voulez être évacué vers un *centre hospitalier* différent de celui décidé par l'*Assisteur* et/ou un autre moyen de transport préconisé par l'*Assisteur*. Un accord préalable de l'*Assisteur* sera alors nécessaire et une garantie de paiement satisfaisante sera exigée avant intervention. Tout retard dans la soumission des garanties et/ou paiements requis, empêchant ainsi l'*Assisteur* dans l'exercice de la performance, dégagera ce dernier d'une quelconque responsabilité en cas d'aggravation de l'état de santé de l'*Assuré*.

4.2 L'application des franchises.

En cas de *maladie* et/ou d'*accident*, la franchise de CHF 100 s'applique par *Assuré* et par *maladie*.

4.3 L'application des plafonds.

Le plafond est la limite maximale de remboursement ou de prise en charge par *Assuré*. Dans un souci de contrôle des coûts, vos remboursements pourraient faire l'objet d'une limitation seulement si les coûts y relatifs, étaient supérieurs à la moyenne constatée dans la région du lieu dudit traitement.

4.3.1 Le plafond MAXIMUM du plan TravelCover

4.3.1.1 En matière d'assurance frais de guérison, le plafond de remboursement ou de prise en charge est indépendant de votre franchise et dépend de la Zone choisie. Il s'élève à :

- CHF 50'000.- par *Assuré* pendant toute la durée de souscription. Pour la Zone 1.
- CHF 150'000.- par *Assuré* pendant toute la durée de souscription. Pour la Zone 2 et la Zone 3.

En Suisse et au Liechtenstein, le remboursement de vos prestations assurées se fera sur la base des tarifs des Hôpitaux cantonaux et/ou universitaires dans le canton dans lequel aura lieu votre *hospitalisation* ou votre traitement. Dans tous les autres pays du monde, les limites de remboursement sont celles pratiquées raisonnablement dans la zone où les prestations assurées auront eu lieu.

4.3.1.2 En matière d'assistance les prises en charges s'effectuent au coût réel.

Un plafond de CHF 100 par jour s'applique à la garantie chambre et repas d'une personne accompagnant un enfant hospitalisé.

5 Quelles sont les exclusions ?

5.1 Les risques exclus par les Plans *Golden Care*.

Sont exclus les risques suivants :

- 5.1.1 Tous les traitements en relation avec les problèmes de la vue et ou de l'audition sauf s'ils sont la conséquence directe d'un *accident* survenu pendant la période d'assurance.
- 5.1.2 Toutes les transplantations d'organe, sauf celles du cœur, du rein et du foie. L'acquisition de l'organe lui-même (y compris cœur, rein et foie), ainsi que les dépenses encourues par le donneur.
- 5.1.3 Toutes les *maladies* mentales et les troubles psychologiques, notamment les états de fatigue, d'épuisement ainsi que les *maladies* nerveuses.
- 5.1.4 Tous les traitements effectués en dehors de la Zone de couverture choisie et mentionnée dans le certificat d'assurance.
- 5.1.5 Tous les traitements médicaux, pour les personnes âgées de 80 ans et plus, à la souscription.
- 5.1.6 Tous les traitements médicaux entrepris dans le pays de *résidence habituelle* de l'*Assuré* et/ou pays du départ.
- 5.1.7 Tous les traitements entrepris alors que l'état de santé de l'*Assuré* est stabilisé et que ce dernier peut rentrer dans son pays de *résidence habituelle*, notamment ceux résultant de la prolongation du séjour dans le seul but de continuer le traitement.
- 5.1.8 Tous les traitements en relation directe avec une grossesse, notamment les soins d'accouchement, ainsi que les séquelles de méthodes contraceptives ou abortives.
- 5.1.9 Tous les traitements en relation avec une *maladie* dentaire ou des maxillaires.
- 5.1.10 Tous les traitements en relation avec le cancer, le SIDA, ainsi que les examens de contrôle.
- 5.1.11 Les médicaments anxiolytiques, somnifères, prophylactiques, pharmacie de voyage, hormones et médicaments pour baisser le taux de cholestérol.
- 5.1.12 L'absence d'approbation préalable de l'*Assisteur* à toute prestation d'Assistance et/ou de frais de guérison, notamment celle effectuée par d'autre débiteurs de prestations et/ou d'autre *assureur* que celui du contrat.
- 5.1.13 Tous les coûts de transport et/ou frais de guérison, à l'exception de ceux définis dans les Conditions Générales et approuvées par l'*Assisteur* désigné au contrat.
- 5.1.14 Liste des pays et territoires exclus de l'application des services d'Assistance : Antarctique, Afghanistan, Rwanda, Irak et Côte d'Ivoire.

5.2 Les risques auto-aggravés.

Sont exclus les risques suivants :

- 5.2.1 Les *accidents* ou *maladies* qui sont la conséquence d'une participation active de l'*Assuré* à une guerre, à des activités terroristes, à des émeutes, insurrections ou tout acte criminel, ainsi qu'à l'emprisonnement qui pourrait en résulter.
- 5.2.2 Les *accidents* survenant lors de participation à des courses, des rallyes ou des compétitions ou séances d'entraînement similaire avec des véhicules à moteur ou des bateaux à moteur, ainsi que la participation à des compétitions professionnelles par équipe (ex. football, hockey sur glace), alpinisme nécessitant l'emploi d'un quelconque matériel, varappe, bobsleigh, skeleton, spéléologie, parachutisme, saut à ski acrobatique, manipulation volontaire d'engins de guerre dont la détention est interdite, ou aux entraînements pour ces activités.
- 5.2.3 Les *accidents* survenant dans la pratique d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur par l'*Assuré*, les vols en deltaplane et autres ailes volantes, ainsi que la plongée sous-marine, à plus de trente mètres de profondeur.
- 5.2.4 Les blessures ou états pathologiques résultant d'un acte intentionnel de l'*Assuré* (mutilations volontaires, tentatives de suicide...).
- 5.2.5 Les *accidents* survenus en état d'ivresse avec un taux de 1/1000 ou plus, ainsi que les *accidents* et *maladies* survenus sous l'influence abusive de drogues ou de stupéfiants.
- 5.2.6 Les interruptions volontaires de grossesse non motivées par des raisons médicales ou thérapeutiques sérieuses lorsque la poursuite de la grossesse pourrait mettre en danger la vie de l'*Assurée*.
- 5.2.7 Les *maladies* sexuellement transmissibles.
- 5.2.8 Les blessures et/ou états pathologiques résultants d'une négligence intentionnelle ou pas de l'*Assuré*, notamment la non prise de médicaments prescrits, l'abus de médicaments, à la suite d'une intervention médicale quelle qu'elle soit.
- 5.2.9 *Accidents* survenus en conduisant un véhicule à moteur pour lequel l'*Assuré* ne remplit pas toutes les conditions légales.
- 5.2.10 *Accident* durant l'exercice d'une activité professionnelle manuelle.

5.3 Les risques antérieurs ou de naissance.

Sont exclus les risques suivants :

5.3.1 Les *maladies*, *accidents*, ainsi que leurs conséquences ayant donné lieu à un traitement et/ou dont les symptômes sont apparus :

- Avant la date de souscription et/ou la date de départ.

Les traitements et les symptômes antérieurs devront obligatoirement être mentionnés sur la Déclaration Médicale à la date de souscription si cette dernière est requise.

5.3.2 Les malformations de naissance, héréditaires ou non.

5.4 Les risques aggravés par le milieu environnant.

Sont exclus les risques suivants :

5.4.1 Les *accidents* ou *maladies* résultant directement ou indirectement de l'énergie nucléaire ou de tout autre source de rayonnements ionisants.

5.4.2 Les *accidents* ou *maladies* survenus alors que l'*Assuré* sert dans une unité militaire.

5.4.3 Les *maladies* contractées lors d'une épidémie dont l'existence a été reconnue officiellement par les autorités sanitaires.

5.4.4 La guerre, déclarée ou pas, dans tous les cas 48 heures après le début des hostilités reconnues par le département fédéral des affaires étrangères ou autres instances officielles.

5.4.5 La révolution, les actes de sabotage, de terrorisme ou de vandalisme.

5.4.6 Les mouvements telluriques, inondations, éruptions volcaniques et tout autre phénomène naturel ayant un caractère de calamité naturelle.

5.5 L'absence de caractère pathologique.

Sont exclus les risques suivants :

5.5.1 Tous les symptômes qui ne seraient pas dus à un état pathologique dûment diagnostiqué.

5.5.2 Les examens et traitements à titre préventif (tels que les vaccinations obligatoires sur une personne saine, inoculations, anti-biothérapies prophylactiques, sérothérapies préventives...).

5.5.3 Les bilans de santé (check-up), tels que le dépistage systématique et périodique d'anomalies biologiques ou pathologiques.

5.5.4 Les investigations et les traitements de la stérilité ou en vue de rétablir la fertilité.

5.5.5 L'achat ou la pose de moyens contraceptifs, tels que stérilets, pilules contraceptives ou de préservatifs, ainsi que la stérilisation volontaire.

5.5.6 Tout traitement ou intervention chirurgicale ayant pour objet des soins esthétiques (sauf ceux nécessités par suite d'un *accident* ou d'une opération chirurgicale ayant entraîné une déformation inesthétique), ainsi que la cryo-préservation et l'implantation de cellules vivantes.

5.5.7 Les tests de la vision et de l'audition, le coût des lunettes, des lentilles de contact et des appareils acoustiques.

5.5.8 Les services et traitements dans des établissements de long séjour, des sanatoriums, des centres de soins de gérontologies, de thalassothérapie, d'hydrologie, de sources thermales, de convalescence.

5.5.9 Les prothèses, les dispositifs correctifs et les appareils médicaux dont la pose ne nécessite pas une intervention chirurgicale.

5.5.10 L'aené juvénile.

5.5.11 Les troubles endocriniens fonctionnels, ainsi que la ménopause.

6 Comment utiliser

vos prestations et garanties ?

6.1 En cas de soins et/ou d'urgence médicale.

- 6.1.1 Le règlement des soins s'opère soit par remboursement des frais que vous avez engagés, soit par paiement direct des frais hospitaliers (prise en charge), conformément aux Conditions Générales et aux Conditions Particulières du Plan.
- 6.1.2 Votre dossier de remboursement ou de prise en charge doit obligatoirement, et dans tous les cas, comporter les formulaires nécessaires pour la déclaration, ainsi que tous les originaux de vos ordonnances, factures et autres justificatifs éventuels. Les éléments précis à fournir vous sont détaillés lors du contact de la *centrale d'alarme*.
- 6.1.3 Dans tous les cas, vous devez IMPÉRATIVEMENT contacter l'Assisteur dont les numéros sont désignés sur votre carte.
- 6.1.4 Toute demande de remboursement, doit être adressée à l'Assisteur en respectant les délais ci-dessous.

	VOTRE DEMANDE	DÉLAI POUR ENVOYER LA DEMANDE	CONSÉQUENCES
6.1.4.1	Remboursement des frais de soins.	<ul style="list-style-type: none">● En cas d'<i>accident</i> : au plus tard 5 jours après l'<i>accident</i>.● En cas de <i>maladie</i> : au plus tard 90 jours après le début du traitement.	Si ce délai n'est pas respecté, votre demande ne pourra être acceptée.
6.1.4.2	Pour les séances de physiothérapie l'entente préalable est obligatoire.	Dès que vous êtes en possession de la prescription médicale correspondante.	Si vous ne le faites pas aussitôt, votre demande ne pourra être acceptée.
6.1.5	En cas de non-respect des délais ci-dessus, votre demande pourrait être refusée.		
6.1.6	A la suite d'une demande de remboursement ou de prise en charge, l'Assisteur peut réclamer, s'il l'estime nécessaire pour traiter cette demande, des informations supplémentaires de toute nature, ou, le cas échéant, faire examiner l'Assuré par un <i>médecin conseil</i> désigné par lui.		
6.1.7	Si vous bénéficiez d'autres contrats d'Assurance, vous devez le spécifier sur votre formulaire de déclaration et/ou le signaler à l'Assisteur, le remboursement et/ou la prise en charge s'effectuera sur présentation des copies de tous les justificatifs, accompagnés de l'original du décompte de remboursement déjà émis par la/les Compagnie(s) d'Assurance. L'Assisteur procédera au remboursement complémentaire sans appliquer votre franchise si le montant déjà remboursé est supérieur à celle-ci.		
6.1.8	Dès que l'Assisteur a fourni une prestation, procédé à un remboursement ou à une prise en charge ou assumé une quelconque responsabilité sur la base du Plan choisi, l'Assisteur du contrat sera subrogé dans les droits et prérogatives de l'Assuré, y compris les recours et actions contre les éventuels tiers responsables, dans la limite du montant des frais engagés par l'Assisteur.		
6.1.9	Le remboursement est fait au bénéficiaire précisé sur votre Formulaire de Déclaration. En cas de décès ou d'incapacité, le remboursement sera fait au représentant légal de l'Assuré.		
6.1.10	L'Assisteur réglera les demandes de remboursement ou de prise en charge sur la base des barèmes définis par les Hôpitaux cantonaux et/ou universitaires de Suisse et dans les limites des plafonds du Plan choisi. Pour tout remboursement en dehors de la Suisse ou du Liechtenstein, l'Assisteur se réserve le droit, si l'étude du dossier de réclamation révèle un abus manifeste, de limiter ses règlements ou ses prises en charge sur la base des prix moyens pratiqués dans la zone où les prestations assurées auront lieu.		
6.1.11	Si l'Assisteur s'apercevait, après avoir procédé à un remboursement ou à une prise en charge, que vous n'aviez pas droit audit règlement au vu des Conditions Générales et des Conditions Particulières de votre Plan, il vous sera demandé de rembourser l'Assisteur du montant correspondant dans les trente jours suivant la réception du courrier qui vous sera adressé par celui-ci. En cas de défaut et/ou de retard de paiement de votre part, l'Assisteur se réserve le droit de majorer les sommes dues d'un intérêt de retard de 1.25 pourcent par mois.		
6.1.12	Un règlement partiel ou total de l'Assisteur d'une demande de remboursement ou de prise en charge ne saurait entraîner pour l'Assisteur l'obligation de satisfaire à toute autre demande en rapport avec la première.		
6.1.13	Les prestations sont allouées subsidiairement à celles des autres <i>assureurs</i> tenus de fournir les prestations. Cette restriction s'applique également aux contrats comportant eux-mêmes une clause de subsidiarité.		
6.1.14	Lorsqu'un <i>assureur</i> est tenu de fournir les prestations, et si des prestations ont été avancées, ce fait fonde le droit à votre égard ou vis-à-vis de l' <i>assureur</i> de votre contrat d'en demander la restitution. Les droits contre des tiers responsables doivent étre cédés à l' <i>assureur</i> de votre contrat. Si vous renoncez à des prestations vis-à-vis de tiers, l'obligation de verser des prestations est supprimée à hauteur de celles-ci.		

6.2 En cas d'urgence médicale.

- 6.2.1 En cas d'*urgence médicale* et/ou de décès, l'Assisteur désigné sur votre carte d'identification est l'exécutant exclusif de toutes les prestations d'Assistance. A ce titre, il met à votre disposition une *Centrale d'alarme* disponible 24 h sur 24, tous les jours de l'année pour intervenir sur le lieu de l'*accident* ou de la *maladie*. Pour bénéficier des prestations médicales, il est OBLIGATOIRE d'appeler, immédiatement et en priorité, la *Centrale d'alarme* de l'Assisteur par téléphone, fax ou Mailing Box. Les coordonnées de l'Assisteur figurent sur votre carte d'identification *Golden Care*.

	VOTRE DEMANDE	DÉLAI POUR EFFECTUER LA DEMANDE	CONSÉQUENCES
6.2.2	Aide d'urgence médicale en cas d' <i>accident</i> , de <i>maladie</i> soudaine ou de décès.	Dès que l'événement s'est produit, vous devez contacter : l' <i>Assisteur</i> Les documents originaux à fournir sont : ● le constat d' <i>accident</i> et/ou les procès-verbaux donnés par les autorités de police, ● le dossier médical complet établi par le <i>médecin</i> consulté ou les établissements hospitaliers visités sur le lieu de survenance de l' <i>accident</i> , ● votre formulaire de déclaration, les ordonnances et les factures.	Si vous ne le faites pas aussitôt, les frais engagés sans accord préalable de l' <i>Assisteur</i> ou toute intervention non organisée par celui-ci ne pourront donner lieu à remboursement ou prise en charge. Le défaut d'un de ces documents pourrait entraîner un retard de votre remboursement.
6.2.3.	Dans l'éventualité de la nécessité médicale d'une <i>évacuation</i> vers un <i>centre hospitalier</i> en dehors du pays où l'événement a eu lieu et qui ne serait pas dans votre pays de <i>résidence habituelle</i> , vous devez posséder un passeport en cours de validité, ainsi qu'un visa du pays concerné. Dans le cas contraire, l' <i>Assisteur</i> fera son possible pour vous aider à les obtenir, mais ne saurait en aucun cas être tenu pour responsable si lesdits documents ne pouvaient être délivrés et que l'intervention ne puisse alors s'effectuer.		
6.2.4	L'intervention de l' <i>Assisteur</i> dépend des disponibilités locales et est toujours soumise aux lois et réglementations nationales et internationales en vigueur. Son intervention dépend de l'obtention des autorisations nécessaires émises par les autorités compétentes.		
6.2.5	L' <i>Assisteur</i> , l' <i>Assureur</i> ne pourront être tenus responsables du retard ou de la suspension de leurs services d'assistance en Suisse ou à l'étranger. Ils ne seront pas dans l'obligation de fournir leurs services en cas de force majeure, tels que : événements accidentels et imprévisibles, désastres naturels, guerres civiles ou internationales, émeutes, actes de terrorisme, insurrections, représailles, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, couvre-feux, grèves, explosions, chaleur ou radiation produite par la transmutation ou la désintégration d'atomes nucléaires, radioactivité ou tout autre événement fortuit.		
6.2.6	L' <i>Assisteur</i> du contrat organisera les contacts nécessaires entre son équipe médicale, le <i>médecin</i> local ou le <i>centre hospitalier</i> où vous avez été admis, afin de prendre les décisions appropriées à votre état, après consultation du <i>médecin</i> local, de vous-même et éventuellement de votre famille.		

7 Quelle est votre période de couverture ?

7.1 Le début.

7.1.1 Votre Plan entre en vigueur à la *date d'effet* indiquée sur vos Conditions Particulières. Cette date est déterminée, après l'acceptation finale de votre dossier de souscription, par *Golden Care Service*. Elle est au plus tôt fixée à minuit, du jour de l'encaissement total de la prime par *Golden Care Service* ou ses mandataires autorisés.

7.1.2 Les prestations et garanties, telles que définies dans vos Conditions Générales et Conditions Particulières s'appliquent à la *date d'effet* de votre Plan. En accord avec les principes de l'Assurance, votre Plan ne couvre que les événements aléatoires. Par conséquent, il ne peut prendre en compte les événements qui existent déjà de façon latente et, à fortiori, ceux qui se sont déjà manifestés avant votre départ.

7.2 La durée.

Votre Plan est établi pour le nombre de jours choisis. Il ne peut excéder 9 mois au total avec les prorogations.

7.3 La période d'assurance.

La période d'assurance est celle spécifiée dans votre proposition d'assurance et sur votre certificat d'assurance. Elle correspond au montant de la prime indiquée au dernier tarif valable.

7.4 Fin des prestations.

Si votre contrat arrive à échéance alors qu'une *hospitalisation* est en cours, vous continuerez à bénéficier des effets du contrat jusqu'à la fin de ladite *hospitalisation* au maximum 30 jours après la *date d'expiration* de votre contrat. La prime correspondant à la période encourue devra être versée à *Golden Care Service* à réception de l'appel de la prime complémentaire.

8 Comment utiliser votre contrat ?

8.1 La souscription.

8.1.1 Pour souscrire à l'un des Plans, *Golden Care Service* doit recevoir un Bulletin de Souscription et, lorsqu'elle est exigée, une Déclaration Médicale, tous deux dûment complétés, signés et accompagnés du règlement de votre cotisation. Après réception de ces documents, *Golden Care Service* procédera à l'étude du risque médical de votre dossier de souscription et vous informera de son acceptation en émettant vos Conditions Particulières.

8.1.2 *Golden Care Service* peut refuser, sans justification, votre souscription ; votre dossier vous serait alors retourné avec le remboursement du règlement de votre cotisation.

8.2 La prolongation.

Il vous est possible si votre voyage se prolonge de proroger votre période d'assurance ; à ce titre, vous devez impérativement et avant la date d'échéance marquée sur votre certificat, remplir une demande de prolongation et la faire parvenir chez *Golden Care Service* avec votre règlement. Les prorogations ne peuvent pas avoir pour effet de prolonger un traitement, si l'*Assuré* est en mesure de rentrer dans son pays d'origine et/ou de résidence habituelle.

8.3 La résiliation et ses conséquences.

8.3.1 Fausse déclaration

Les bases de l'accord entre *Golden Care Service* pour le compte de l'*Assureur* et vous-même reposent sur vos déclarations effectuées à la date de souscription ou au cours de la vie de votre contrat. Aussi, toute réticence, fausse déclaration, simulation ou emploi en connaissance de cause de documents faux ou dénaturés, entraînent la nullité du contrat et la rétention de votre cotisation. Si des services ont été fournis, les sommes payées à l'avance devront être remboursées à *Golden Care* dès la réception de la notification qui vous sera adressée par *Golden Care Service* à cette fin.

CONSÉQUENCES SUR LA COTISATION.

8.3.1.1 En cas d'annulation pour réticence ou fausse déclaration, la totalité de la cotisation reste due.

CONSÉQUENCES SUR VOS GARANTIES.

8.3.1.2 En cas d'annulation pour réticence ou fausse déclaration, tout versement de prestations en cours est arrêté.

8.3.2 Non-paiement de prime.

Si *Golden Care Service* s'apercevait et ce même après avoir émis votre certificat pour une nouvelle période et/ou une prorogation de contrat, que votre cotisation ne nous est pas réellement parvenue, votre contrat serait résilié et tout versement de prestations en cours arrêté.

8.3.3 Annulation.

8.3.3.1 En cas d'annulation de votre voyage avant la date de départ, la prime vous sera remboursée en déduction des frais de CHF 50.

8.3.3.2 Après la date d'effet de votre contrat, aucune annulation ou résiliation n'est possible.

9 Que se passe-t-il en cas de litige ?

9.1 Tout différend portant sur des décisions médicales en rapport avec une demande de remboursement ou de prise en charge sera réglé par deux *médecins* désignés, l'un par vous et l'autre par l'*Assisteur*, aux frais respectifs de chacun. A défaut d'entente entre ces deux *médecins*, une expertise devra être entreprise par un *médecin* choisi à l'amiable ou, à défaut, par l'Ordre des Médecins ou par le Président du Tribunal du siège de l'*Assureur*.

9.2 Toute action en justice ou procédure de recouvrement concernant un événement relatif à votre contrat est prescrite si elle n'a pas été entamée dans la période de deux années suivant la naissance de l'événement ayant engendré ladite action ou procédure. La prescription peut être interrompue par la désignation d'un expert à la suite d'un événement mettant en jeu votre Contrat.

9.3 Seule la version française des Plans *Golden Care* fait foi.

9.4 Les présentes Conditions Générales sont régies par le droit suisse. Tout litige auquel elles pourraient donner lieu sera jugé par les tribunaux du siège social de l'*Assureur* à Genève, Suisse ou au *domicile* de l'*Assuré* s'il habite en Suisse.

10 Définitions.

<i>Accident :</i>	toute atteinte corporelle, soudaine et imprévisible, échappant au contrôle de l'Assuré et provenant d'une cause complètement extérieure au corps de celui-ci et impliquant une et/ou des tierces personnes.
<i>Assisteur :</i>	Compagnie d'assistance qui fournit les services d'Assistance, qui assume le service 24h/24 365 jours par an et qui traite toutes les demandes de remboursement et/ou de prise en charge. L'Assisteur du contrat <i>Golden Care TravelCover</i> est INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE.
<i>Assuré :</i>	toute personne désignée dans les Conditions Particulières comme le bénéficiaire des prestations et garanties prévues par le Plan.
<i>Assureur :</i>	compagnie d'assurance qui prend en charge financièrement les frais relatifs aux garanties offertes dans le présent contrat. L'Assureur des contrats <i>Golden Care</i> est INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE.
<i>Bénéficiaire :</i>	personne qui reçoit les remboursements.
<i>Centre hospitalier :</i>	institution médicale ou chirurgicale dûment reconnue dans le pays où elle est située et placée sous la surveillance permanente d'un <i>médecin</i> à demeure, possédant les autorisations administratives locales et habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées. Ne sont pas considérées comme centres hospitaliers les institutions mentionnées sous chiffre 5.5.8 des présentes Conditions Générales.
<i>Centrale d'alarme :</i>	la structure comprenant les <i>médecins</i> , techniciens et opérateurs mis à disposition des assurés 24h/24, tous les jours de l'année. Ce service est assuré par INTER PARTNER ASSISTANCE membre du groupe AXA ASSISTANCE.
<i>Contractant :</i>	le signataire du Bulletin de Souscription. Le <i>Contractant</i> est le représentant autorisé auprès de <i>Golden Care Service</i> ; il est responsable des informations transmises à <i>Golden Care</i> ainsi que du paiement des primes.
<i>Date d'effet :</i>	date à laquelle le contrat ou un avenant de prorogation entre en vigueur. Cette date figure dans les Conditions Particulières émises par <i>Golden Care Service</i> .
<i>Date d'expiration :</i>	date à laquelle le contrat prend fin. Cette date figure sur la proposition d'assurance et sur les Conditions Particulières émises par <i>Golden Care Service</i> .
<i>Date de résiliation :</i>	date à laquelle le contrat n'est plus en vigueur et à laquelle cessent les prestations et les garanties du Plan.
<i>Date de souscription :</i>	date mentionnée sur le Bulletin de Souscription faisant état du jour de la demande de souscription. Cette date n'indique pas la date de début de la couverture.
<i>Dentiste :</i>	praticien diplômé d'une école ou faculté dentaire et dûment autorisé à exercer par les lois du pays où le traitement est dispensé. Le <i>dentiste</i> ne peut être un <i>membre de la famille</i> de l'Assuré.
<i>Diagnostic :</i>	identification par un <i>médecin</i> d'une <i>maladie</i> ou blessure d'après ses symptômes.
<i>Domicile :</i>	<i>domicile</i> et/ou <i>résidence habituelle</i> . Lieu où l'Assuré travaille et réside la majeure partie de son temps. Elle figure sur le passeport de l'Assuré.
<i>Evacuation :</i>	transport par l'Assisteur d'un Assuré à la suite d'une <i>urgence médicale</i> , hors du pays où il se trouve, à l'exclusion de son <i>pays d'origine</i> ou de <i>résidence habituelle</i> où les garanties ne s'appliquent pas.
<i>Golden Care :</i>	Nom donné aux conditions générales qui détaillent les prestations et les garanties prises en charge par l'Assureur désigné. <i>Golden Care</i> est une marque déposée désignant le nom de votre contrat.
<i>Golden Care Service :</i>	Nom du centre de gestion et d'administration des Plans <i>Golden Care</i> . <i>Golden Care Service</i> est également à votre disposition pour vous informer et vous conseiller sur la souscription et l'utilisation de votre contrat.
<i>Hôpital :</i>	voir <i>Centre hospitalier</i> .
<i>Hospitalisation :</i>	admission dans un établissement hospitalier pour un séjour de plus de 24 heures, pendant lequel l'Assuré subit un traitement médical et/ou chirurgical. Les traitements en urgence de moins de 24 heures sont également compris.
<i>Maladie :</i>	toute altération de l'état de santé de l'Assuré dûment diagnostiquée par une autorité médicale compétente.
<i>Médecin :</i>	praticien diplômé d'une faculté de médecine et dûment admis à exercer par les lois du pays où le traitement est dispensé. Le <i>médecin</i> ne peut être un <i>membre de la famille</i> de l'Assuré.
<i>Membre de la famille :</i>	grands-parents, parents, enfants, petits enfants, frères et sœurs.
<i>Pays d'origine :</i>	pays dont l'Assuré a la nationalité et qui figure sur son passeport. La nationalité de l'Assuré figure sur ses Conditions Particulières.
<i>Pays de départ :</i>	Pays duquel l'Assuré a débuté son voyage et pour lequel il a contracté l'assurance objet des présentes conditions générales.
<i>Pays de rapatriement funéraire :</i>	pays de <i>résidence habituelle</i> où la dépouille mortelle est transportée pour son inhumation. L'Assistance n'est fournie que si les obsèques ont lieu en dehors du pays du décès.
<i>Rapatriement :</i>	transport retour d'urgence d'un Assuré lors d'une <i>urgence médicale</i> vers son pays de <i>résidence habituelle</i> .
<i>Rapatriement funéraire :</i>	transport effectué par l'Assisteur de la dépouille mortelle.
<i>Résidence habituelle :</i>	<i>domicile</i> de l'Assuré. Lieu où l'Assuré travaille et réside la majeure partie de son temps. Elle figure sur le passeport de l'Assuré.
<i>Résiliation :</i>	acte qui entraîne la cessation du contrat et de ses effets.
<i>Service d'admission :</i>	voir <i>Golden Care Service</i> .
<i>Transport médical local :</i>	transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire vers le <i>centre hospitalier</i> le plus proche de l' <i>urgence médicale</i>
<i>Urgence médicale :</i>	<i>accident</i> ou <i>maladie</i> qui requiert des soins immédiats.

**Toute demande relative à
vos prestations d'Assurance peut
être adressée au Centre d'admission
chez Golden Care S.A. :**

31, Boulevard Helvétique, 1207 Genève - Suisse

Tél. : +41 22 786 12 00

Fax : +41 22 786 12 20

E-mail : goldencare@goldencare.ch

**Votre Compagnie d'Assistance et d'Assurance :
INTER PARTNER ASSISTANCE
membre du groupe AXA ASSISTANCE**

2, Cours de Rive, Case postale 3329, 1211 Genève 3 - Suisse

Tél. : +41 22 819 97 55

Fax : + 41 22 819 44 99

E-mail : geneva.plateau@ip-assistance.com

Vos Partenaires

