

Votre avenir, notre quotidien



PRODUIT

«DIASPORA SINGLE»

UAB VIE Siège Social : Avenue Houari Boumediene - S.A au capital de 1 000 000 000 FCFA entièrement libéré. « Entreprise régie par le code des Assurances ». RCCM : BF OUA-202-B-1365 IFU N° 00004811U DGE - 08 BP 11041 Ouagadougou 08 - Tél : +226 25 30 18 18 - Fax : +226 25 30 28 50.ECOBANK : BF08300018121700003501-84 - UBA : BF02201242421030009409-07 - CBI : BF14801001 002021924101-83.

CONDITIONS GENERALES

« Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du Souscripteur (ou de l'adhérent) sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance (ou du projet de contrat). Il est important que le Souscripteur (ou l'adhérent) lise intégralement la proposition d'assurance (ou le projet de contrat), et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat (ou le bulletin d'adhésion).»

1. Le présent contrat est un contrat d'assurance vie individuelle.
2. En cas de décès de l'assuré dans son pays de résidence au cours de la validité du contrat, nous prendrons en charge les frais de rapatriement vers le pays d'origine (cf. article 1 et 12).
3. Les prestations du présent contrat seront versées dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception des pièces justificatives et trente (30) jours en cas de décès.
4. Il n'est pas prévu pour le présent contrat de participation aux bénéfices.
5. Le présent contrat ne comporte ni valeur de rachat ni valeur de réduction.
6. L'ensemble des frais à l'entrée sont tout au plus de ...%. les commissions sont forfaitaires et est de .

LEXIQUE

Pour mieux comprendre les conditions générales de votre contrat, nous vous précisons la définition de certains termes utiles:

- **Assureur** : c'est la compagnie, UAB-Vie, nous émettons les contrats, encaissons les primes.
- **Contractant** : c'est la personne physique ou morale qui souscrit la police auprès de l'assureur et qui est tenue par les obligations nées de cette police, à l'exception de celles qui, de par leur nature, incombent à l'assuré.
- **Assuré/bénéficiaire** : dans la période de validité de la police, la personne âgée de 03 mois à 17 ans et la personne âgée de 66 à 80 ans, membre de la famille du contractant ayant initialement souscrit au contrat « MIXTE DIASPORA ZONE1 », dont le nom et l'adresse sont indiqués dans la police, à l'égard de qui la prime a été versée avant la prise d'effet de la police et qui réside à titre permanent dans la zone géographique précisée dans le présent contrat.
Ne peuvent pas être considérés comme assuré/bénéficiaire :
 - Les assurés/bénéficiaires qui ont l'intention de séjourner (au Burkina Faso) pendant plus de trente (30) jours consécutifs ;
 - Les personnes âgées de moins de 3 mois ;
 - Les personnes âgées de 18 à 65 ans ;
 - Les personnes âgées de 81 ans ou plus ;
 - Les personnes assurées voyageant pour des raisons de travail (rémunéré ou non) qui s'engagent dans des activités physiques ou manuelles dangereuses telles que : la conduite de véhicules, l'utilisation de machines, le chargement et le déchargement, le travail en hauteur ou dans des espaces clos, le montage de machines, le travail sur des plateformes flottantes ou sous-marines, dans des mines ou carrières, l'utilisation de substances chimiques, tout travail en laboratoire et toutes autres activités dangereuses.
- **Assisteur/société d'assistance** : MAPFRE ASISTENCIA, la société prévue par l'assureur pour fournir les prestations de la garantie assistance, directement ou par l'intermédiaire de son réseau, pour le compte de l'assureur.
- **Accident** : une lésion corporelle due à une cause externe soudaine et violente, subie par l'assuré, de façon non intentionnelle, pendant la vie du contrat. Aux fins du présent contrat, les événements suivants seront aussi interprétés comme des accidents :
 - L'asphyxie ou les lésions dues à des gaz ou vapeurs, à l'immersion ou à la submersion, ou à la consommation de matières liquides ou solides autres que des aliments.
 - Les infections dues à un accident couvert par la police.
 - Les lésions qui sont dues à des opérations chirurgicales ou des traitements médicaux consécutifs à un accident couvert par la police.
- **Lésion** : un problème médical causé, durant la période de validité du présent contrat, par une raison ou cause externe grave et soudaine échappant au contrôle de l'assuré.
- **Lésion grave** : toute lésion qui, de l'avis de l'équipe médicale de la société d'assistance, empêche l'assuré de poursuivre son voyage à la date prévue ou met sa vie en danger.
- **Maladie** : tout changement de l'état de santé diagnostiqué et confirmé par un docteur légalement reconnu pendant la validité du contrat, et qui ne fait pas partie ou n'est pas dérivé de l'un quelconque des deux groupes suivants :

- **Maladie congénitale** : la maladie qui existe au moment de la naissance en raison de facteurs héréditaires ou d'affections constatées pendant la grossesse.
 - **Maladie préexistante** : la maladie dont l'assuré souffrait avant la date de la souscription du contrat, même si elle n'avait pas été diagnostiquée.
- **Maladie grave** : toute maladie qui requiert l'hospitalisation et qui, de l'avis de l'équipe médicale de la société d'assistance, empêche l'assuré de poursuivre son voyage à la date prévue ou met sa vie en danger.
 - **Docteur** : tout médecin agréé officiellement conformément à la loi du lieu où le sinistre se produit.
 - **Soins dentaires d'urgence** : tout traitement dentaire naturel couvert par la police et dû à une affection s'étant déclarée soudainement pendant le voyage, le fait qu'il n'est pas dû à une affection préexistante ayant été établi par le rapport du dentiste.
 - **Matériel d'ostéosynthèse** : des éléments ou pièce de métal ou de toute autres sortes, utilisés pour joindre les extrémités d'un os fracturé ou pour coudre ensemble les extrémités des articulations par une opération chirurgicale et qui peuvent être réutilisés.
 - **Matériel orthopédique ou orthèse** : toutes pièces ou tous éléments anatomiques utilisés pour prévenir ou corriger des déformations temporaires ou permanentes du corps (cannes, minerve, chaise roulante, etc.).
 - **Prothèse** : tout élément, de quelque sorte que ce soit, suppléant temporairement ou de façon permanente l'absence d'un organe, tissu, fluide organique ou membre, ou d'une partie de n'importe lequel de ceux-ci. A titre d'exemple, des éléments mécaniques ou biologiques tels que les éléments de valves cardiaques, les remplacements d'articulations, la peau synthétique, les lentilles intraoculaires, les matières biologiques (cornée) les fluides, les gels et les liquides synthétiques ou semi synthétiques qui remplacent les humeurs ou liquides organiques, les réservoirs de médecine, les systèmes mobiles de thérapie par oxygène, etc.
 - **Pays de résidence habituel** : le pays dans lequel l'assuré réside en permanence situé dans l'une des zones géographique couvertes par cette police.
 - **Moyen de transport/transport public** : c'est le transporteur public qui est réservé pour effectuer le voyage de l'accompagnant objet de la présente assurance. Il sera limité à l'avion, au bateau, au train ou à l'autocar, y compris l'entrée dans ce mode de transport et la sortie de celui-ci. Est également couvert l'accident du mode de transport public (limité au taxi, à la voiture louée avec conducteur, au tramway, au bus, au train, au métro) survenu au cours du trajet direct entre le point de départ ou d'arrivée (domicile ou hôtel) et le terminal du voyage (gare, aéroport, port).
 - **Membre de la famille immédiate** : l'époux/se, les enfants, les parents, les grands-parents et les frères et sœurs.
 - **Proche parent** : l'époux/se, les enfants, les parents, les grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs belle-mère et beau-père, beaux-frères et belles-sœurs, beau-fils et belle-fille.
 - **Enfants** : les personnes âgées de 3 mois à 17 ans.
 - **Epoux/se** : une personne officiellement enregistrée comme femme ou mari de l'assuré.

- **Cotisation** : le prix de l'assurance que l'assuré doit payer à l'assureur en contrepartie de la garantie des risques fournie par ce dernier pour l'assuré.
- **Nullité** : sanction prévue par le Code CIMA en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un Assuré ; Celui-ci perd alors le bénéfice de son contrat.
- **Demande d'indemnisation frauduleuse** : c'est lorsque l'assuré, le bénéficiaire ou une personne agissant pour leur compte utilise un quelconque moyen ou procédé frauduleuse pour obtenir n'importe laquelle des prestations prévue par le présent contrat. Tout paiement de toute somme obtenu à la suite d'une telle demande d'indemnisation sera annulé.
- **Exclusion** : restriction de garantie, encore nommée non-assurance, écartant pour tel ou tel risque spécifié, la couverture de l'assurance.
- **Plafond de garantie** : les montants fixés dans les conditions du présent contrat, dans le tableau des prestations et qui représentent la prestation maximum (financière, temporaire ou d'une autre sorte) couverte en vertu de chaque prestation.
- **Territoire** : la zone géographique dans laquelle réside l'assuré ou voyage, les évènements s'y produisant étant couverts.
- **Franchise** : montant des frais ou nombre de jours qui ne sont pas couverts par l'assureur et qui ne doivent pas être payés ou supportés par la personne assurée avant que les prestations du contrat ne deviennent exigibles. Cette franchise ne s'applique qu'aux dossiers de remboursement de frais médicaux.
- **Exclusion** : restriction de garantie, encore nommée non-assurance, écartant pour tel ou tel risque spécifié, la couverture de l'assurance.
- **Résiliation** : acte unilatérale résultant de la volonté de l'Assureur ou du Souscripteur par lequel il est mis fin à un contrat d'assurance avant son terme.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET ET NATURE DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat d'assistance spécialement conçu pour les membres de la famille du contractant ayant initialement souscrit au contrat « MIXTE DIASPORA ZONE 1 ». Il prévoit les garanties suivantes :

- La prise en charge des frais médicaux lors du séjour de l'assuré/bénéficiaire dans son pays d'origine ;
- Le rapatriement du corps de l'assuré/bénéficiaire vers son pays d'origine en cas de décès de l'assuré dans son pays de résidence ;
- La prise en charge du titre de transport d'un membre de la famille pour accompagner le corps du défunt vers son pays d'origine.

ARTICLE 2 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties du présent contrat sont valables pour tous les assurés/bénéficiaires résidants légalement dans la zone géographique suivante : l'Afrique, l'Europe, Moyen Orient et les assurés/bénéficiaires d'origine étrangère résident légalement Burkina Faso.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHESION

Le présent contrat est exclusivement réservé aux personnes âgées de 3 mois à 17 ans et de 66 à 80 ans membres de la famille du contractant ayant initialement souscrit au contrat « MIXTE DIASPORA ZONE 1 », et qui résident à titre permanent dans la zone géographique 1. Peuvent être aussi considérés comme assurés/bénéficiaires dans les mêmes conditions, les membres de famille des personnes d'origine étrangère résident légalement au Burkina Faso. Aucune sélection médicale n'est exigée à la souscription du contrat.

Pour chaque personne assurée, le contractant doit :

- Renseigner et signer la proposition d'assurance et ;
- Payer la prime d'assurance.

Ne peuvent pas être considérés comme assuré :

- Les assurés/bénéficiaires qui ont l'intention de séjourner au Burkina Faso pendant plus de trente (30) jours consécutifs ;
- Les personnes âgées de moins de 3 mois ;
- Les personnes âgées de 18 à 65 ans ;
- Les personnes âgées de 81 ans ou plus ;
- Les personnes assurées voyageant pour des raisons de travail (rémunéré ou non) qui s'engagent dans des activités physiques ou manuelles dangereuses telles que : la conduite de véhicules, l'utilisation de machines, le chargement et le déchargement, le travail en hauteur ou dans des espaces clos, le montage de machines, le travail sur des plateformes flottantes ou sous-marines, dans des mines ou carrières, l'utilisation de substances chimiques, tout travail en laboratoire et toutes autres activités dangereuses.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET ET DUREE

Les garanties du présent contrat prennent effet à partir de zéro heure, après expiration d'un délai d'attente de 30 jours à compter de la date de signature du contrat par les parties. Il est conclu pour une durée de un an renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation faite par l'une des parties.

ARTICLE 5 – RESILIATION

La résiliation du présent contrat peut intervenir à tout moment dans les conditions suivantes :

- **A l'échéance annuelle du contrat en envoyant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ;**
- **En cas de non-paiement de la prime après mise en demeure ;**
- **En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque.**

ARTICLE 6 - PAIEMENT DES COTISATIONS D'ASSURANCE

La prime d'assurance du présent contrat est une prime annuelle et est payable par virement bancaire. Elle sera prélevée directement sur le compte du contractant après que ce dernier ait donné l'ordre de prélèvement à sa banque. Le montant de la prime annuelle est de 19 679 FCFA.

ARTICLE 7 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de défaut de paiement de la prime annuelle dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant une lettre recommandée ou une lettre contresignée, par laquelle il l'informe des conséquences suivantes:

- Suspension des garanties dans les 30 jours suivants l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure ;
- Résiliation du contrat 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours en cas de refus de paiement.

ARTICLE 8 – SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 80, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le risque (article 18 du code des assurances).

ARTICLE 9 - SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de la prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou contresignée, en restituant la portion de prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnisation est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés (article 19 du code des assurances).

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article 28 du code CIMA : « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à cinq (5) ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur ».

L'article 29 du code stipule que : « la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ainsi que dans les cas ci-après :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre;

- **L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la prime; par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité) ».**

ARTICLE 11 – LOI APPLICABLE ET REGLEMENT DES LITIGES

Les parties conviennent que le présent contrat est soumis en premier lieu au code des assurances de la CIMA (Conférence interafricaine des Marchés d'Assurances), à défaut à la loi Burkinabé.

Tout désaccord ou différend relatif à l'exécution et/ou à l'interprétation, au présent contrat ainsi qu'à ses suites, sera préalablement soumis à un règlement amiable.

La partie qui souhaite mettre en œuvre le processus de règlement amiable devra en informer l'autre partie par simple lettre avec accusé de réception ou par lettre au porteur avec décharge en indiquant les éléments du litige.

Les parties conviennent que participera à ce processus de règlement amiable une personne n'ayant pas pris part à la négociation ni à la signature du présent contrat, désignée de commun accord en vue de trouver une solution amiable au différend en autorité de décision.

Si au terme d'un délai de trente (30) jours, les parties ne sont pas parvenues à un accord, le litige sera tranché de façon définitive par voie d'arbitrage sous l'égide du centre d'Arbitrage de Médiation et de Conciliation de Ouagadougou (CAMC-O) selon le droit applicable au Burkina Faso et par trois (03) arbitres.

L'arbitrage se déroulera à Ouagadougou, en langue Française.

TITRE II - DISPOSITIONS SPECIALES CONCERNANT LES GARANTIES

ARTICLE 12 – TABLEAU DES GARANTIES OFFERTES

Garanties	Plafonds
1. En cas de séjour de l'assuré/bénéficiaire dans son pays d'origine	
<p>➤ Frais médicaux suite à une maladie ou lésion pendant une durée maximale de 30 jours consécutifs par séjour prescrits par le médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation ; - Interventions chirurgicales ; - Honoraires des médecins ; - Produits pharmaceutiques. 	<p>10 000 euros avec une franchise de 50 euros</p>
2. En cas de décès de l'assuré dans son pays de résidence	
<p>➤ Rapatriement du corps de l'assuré vers son pays d'origine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frais de rapatriement du corps depuis le pays de résidence jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine ou d'adoption du défunt ; - Frais de soins et de conservation, de chambre funéraire ainsi que les frais de transport et annexes (les dépenses relatives aux démarches administratives, aux vacances de polices (taxes) du lieu du décès jusqu'au pays d'origine ou d'adoption du défunt ; - Frais de transport du corps de l'aéroport international du pays d'origine jusqu'aux services de pompes funèbres pour la conservation. 	<p>Frais réels</p>
<p>➤ Mise à disposition d'un titre de transport à un membre de la famille pour accompagner le corps du défunt :</p> <p>Un billet aller-retour en classe économique sera pris en charge pour le voyage d'un membre de la famille dans l'une des options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Option 1 : en considérant que l'accompagnateur réside dans le même pays ou l'assuré est décédé ; - Option 2 : en considérant que l'accompagnateur réside dans le pays d'origine de l'assuré décédé. 	<p>Frais réels</p>

ARTICLE 13 – DESCRIPTIONS DES GARANTIES

13.1. En cas de séjour de l'assuré dans son pays d'origine

- **frais médicaux suite à une maladie ou lésion pendant une durée maximale de 30 jours consécutifs :**

En cas de maladie ou de lésion de l'assuré durant son séjour dans son pays d'origine, l'assureur prend en charge et se substitue éventuellement à l'assuré pour payer les frais nécessaires et raisonnables d'hospitalisation, des interventions chirurgicales, les honoraires des médecins et les produits pharmaceutiques prescrits par son médecin traitant à concurrence des montants et sous déduction de la franchise indiquée dans l'article 12 tableau des garanties.

L'équipe médicale de l'assureur maintiendra les contacts nécessaires avec le centre hospitalier ou avec le médecin de l'assuré pour veiller à ce que l'assistance sanitaire soit la plus appropriée.

Cette garantie ne sera valable que pendant les 30 premiers jours de séjour de l'assuré dans son pays d'origine, à l'occasion d'une visite quelconque. Une franchise obligatoire sera exigée pour chaque sinistre.

Ne sont toutefois pas pris en charge les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit dans son pays de résidence habituel, d'une maladie chronique ou mentale, préalablement connue ou non, avant le départ hors du pays de résidence habituel de l'assuré ou qui nécessitent techniquement un contrôle médical régulier.

Conditions de cessation de la prise en charge des frais médicaux :

- A l'expiration des 30 premiers jours du séjour de l'assuré dans son pays d'origine ;
- Lorsque les frais médicaux ont atteint le plafond ;
- Dès le retour de l'assuré/bénéficiaire dans son pays de résidence.

13.2. En cas de décès de l'assuré dans son pays de résidence

➤ Rapatriement du corps de l'assuré vers son pays d'origine

En cas de décès de l'assuré/bénéficiaire dans son pays de résidence avant le terme du contrat, l'assureur organisera et prendra en charge le transport et le rapatriement du corps depuis l'endroit où a eu lieu le décès jusqu'au lieu de son inhumation dans son pays d'origine. Les frais d'enterrement ne sont pas compris.

➤ Mise à disposition d'un titre de transport à un membre de la famille pour accompagner le corps du défunt.

Dans le cas du rapatriement pour cause de décès, l'assureur prendra en charge pour un parent proche (conjoint, ascendant ou descendant au premier degré, frère ou sœur, père ou mère) un billet aller-retour du moyen de transport le mieux adapté pour accompagner le corps du défunt depuis le lieu où s'est produit le décès jusqu'au lieu d'inhumation.

ARTICLE 14 – LES EXCLUSIONS

Ne sont pas couverts par le présent contrat :

- Les prestations n'ayant pas été sollicitées à l'assureur et effectuées, par ou avec son accord, excepté en cas de force majeure ou impossibilité matérielle démontrés ;
- Les sinistres survenus en cas de guerre civile ou étrangère, manifestations et mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage, grèves, catastrophes naturelles ou tout autre cas de force majeure ;
- Actions de forces armées, de la police ou de toute force paramilitaire ;
- Les évènements occasionnés par la pratique de compétitions sportives, officielles ou privées, ainsi qu'au cours d'affrontements ou d'épreuves et de paris ;
- Les accidents résultants de la participation à des activités à risque telles que : sports mécaniques, boxe, haltérophilie, combats, arts martiaux, randonnées glaciaires, plongée sous-marine, spéléologie, ski, courses de traîneau, sports aériens, sports d'aventure, sports d'hiver, chasse, usage d'armes à feu, saut à l'élastique, saut d'obstacle à cheval, l'alpinisme ;
- Les sinistres qui auraient pour cause des irradiations procédant de transmutation ou désintégration nucléaires ou radioactivité ;
- Le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences ;
- Les lésions occasionnées par la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ainsi que celles dérivées d'actions criminelles de l'assuré de façon directe ou indirecte ;
- L'assistance en raison de maladies ou d'états pathologiques produits par l'absorption volontaire d'alcool, de drogues, de substances toxiques, de narcotiques ou de médicaments acquis sans prescription médicale ;
- Les maladies chroniques ou les maladies existant avant le commencement du voyage ;
- Les maladies congénitales et psychologiques ;
- Les frais d'inhumation et cérémonie ;
- Force majeure qui empêche l'assisté d'intervenir ;
- Les frais de cures thermales, chirurgies esthétiques, vaccinations, bilans de santé ;
- Sida, HIV, hépatite C et épidémies ;
- Couronnes dentaires, orthodontie et plombage ;

- Les voyages ayant pour but de recevoir un traitement médical ou chirurgical ;
- Les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit dans son pays de résidence habituel, d'une maladie chronique ou mentale, préalablement connue ou non, avant le départ hors du pays de résidence habituel de l'assuré ou qui nécessitent techniquement un contrôle médical régulier ;
- Les factures et frais présentés à l'assureur par un bénéficiaire dans des circonstances manifestes de mauvaise foi ;

Les retards ou manquements dus à des cas de force majeure ou à des caractéristiques administratives ou politiques spéciales d'un pays déterminé ne sont pas considérés. Dans tous les cas, si une intervention directe n'est pas possible, les ayants-droits seront remboursés des frais raisonnablement encourus, dûment justifiés, à fin de transférer le mort jusqu'au lieu prévu pour son inhumation.

ARTICLE 15 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

15.1 Déclaration du sinistre

Dès la survenance d'un événement susceptible d'être couvert par le présent contrat, l'assuré ou toute personne agissant à sa place devra contacter le plus rapidement possible, la centrale d'alarme de l'assisteuse indiquée ci-dessous, qui est joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

LIGNE GENERALE D'ASSISTANCE INTERNATIONALE 24 HEURES SUR 24 ET 7 JOURS SUR 7

Tel : +334 37 37 28 98

Fax : +334 37 37 28 56

- Pour tous les dossiers de prise en charge directe : afrosiam@mapfre.com
- Pour tous les dossiers de remboursement ou compensation : refund@mapfre.com

15.2. Documents nécessaires au règlement du sinistre

Lors du premier contact, les éléments suivants seront nécessaires pour un traitement rapide et efficace de votre sinistre :

- Le numéro de passeport ou de la carte d'identité de l'assuré ;
- Le numéro d'identification de l'assuré figurant sur la carte d'assistance ;
- Le nom complet de la personne en difficulté et du principal assuré ;
- La cause de l'appel ;
- L'endroit où l'assuré se trouve (hôtel, ville, adresse) ;
- Le numéro de téléphone où on peut vous joindre.

De plus selon les circonstances les éléments suivants seront nécessaires :

➤ Pour la prise en charge des frais médicaux

- Les factures (originaux) des dépenses ;

➤ En cas de décès de l'assuré :

- Une copie du bulletin d'adhésion ;
- Une copie du certificat de décès ;
- une copie du certificat de genre de mort ;