

www.assur-travel.fr

CONDITIONS 2026

Expatriés SwissLife

Garanties Santé, Responsabilité Civile, Prévoyance
et Assistance des expatriés.



Hotline : +33 (0)3 28 04 69 85

ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO
99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48

contact@assur-travel.fr



assur-travel
Partenaire de votre mobilité

ASSUR-TRAVEL,

spécialiste de la mobilité internationale et ses partenaires intermédiaires en assurances vous proposent :

- **Une couverture santé complète à un prix très attractif et totalement modulable pour s'adapter à vos besoins.**




- **Une garantie assistance rapatriement**
avec VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE, filiale du groupe VYV créé en 2017, 1^{er} Assureur Santé en France.
- **Une responsabilité civile en vie privée,**
protection indispensable pour vous et votre famille.
- **Des garanties Prévoyance,**
avec capital décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Arrêt de travail.
- **Une application mobile :**
GAPI Adhérents afin d'être en contact permanent avec votre gestionnaire.

SOMMAIRE

DIX RAISONS DE CHOISIR L'OFFRE ASSUR-TRAVEL EXPATRIÉS	p.3
VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC MÉDECIN DIRECT	p.4
DES OUTILS DE GESTION ADAPTÉS À LA MOBILITÉ INTERNATIONALE	p.5
COMMENT CHOISIR SON PLAN SANTÉ ?	p.6
QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE ?	p.6
GARANTIES SANTÉ	p.7
OPTIONS COMPLÉMENTAIRES	p.9
DÉFINITIONS DES GARANTIES	p.10
COMMENT ADHÉRER ?	p.12
OÙ SE FAIRE SOIGNER ?	p.14
COMMENT SE FAIRE PRENDRE EN CHARGE ?	p.14
COMMENT SE FAIRE REMBOURSER AU 1ER EURO ?	p.15
COMMENT SE FAIRE REMBOURSER EN COMPLÉMENT CFE ?	p.16
ASSUR-TRAVEL, PARTENAIRE DE VOTRE MOBILITÉ	p.17

Dix raisons de choisir l'offre ASSUR-TRAVEL EXPATRIÉS :

Des produits adaptés à vos besoins

- 1 Des produits avec des remboursements allant jusqu'à 100 % des frais réels.
- 2 Un tiers payant pour tous les frais d'hospitalisation sur simple appel.
- 3 Vos remboursements sous 48 h par virement bancaire dans la devise de votre choix.
- 4 Un suivi des remboursements en toute transparence via votre espace personnel sur le site www.gapigestion.com et votre application GAPI Adhérents.
- 5 Un plateau d'assistance médicale à votre disposition 24 h/24 et 365 j/an.
- 6 Un service de téléconsultation via  **médecindirect**
à vos côtés, où que vous soyez

Des formalités d'adhésion réduites

- 7 Un simple bulletin d'adhésion et un questionnaire médical à renvoyer signés.
- 8 Possibilité de payer ses cotisations par prélèvements automatiques, par CB ou par virement en monnaie locale (33 monnaies sont disponibles) via le site sécurisé www.gapigestion.com. Vous réduisez ainsi vos frais de paiement car la transaction correspond à un virement domestique.
- 9 Une équipe de spécialistes de l'expatriation à votre écoute pour vous conseiller sur les produits en fonction des besoins.

Des tarifs très compétitifs

- 10 A partir de 27 € par mois et par personne en individuel et 63 € par mois et par famille. Ou optez pour nos produits avec franchise annuelle et bénéficiez d'une réduction supplémentaire entre 9 et 18%. Ou optez pour notre offre PACK PLUS (Santé +Prévoyance+Assistance) et bénéficiez de 10% de remise sur votre tarif santé.

Téléchargez votre application GAPI Adhérents et gérez votre contrat et vos remboursements sur votre mobile.



VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC **médecinDirect** à vos côtés, où que vous soyez

Une question de santé ? Consultez un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou par vidéo 24h/24 et 7/7.

La téléconsultation médicale MédecinDirect est 100% prise en charge par votre assureur.

COMMENT ÇA MARCHE ?

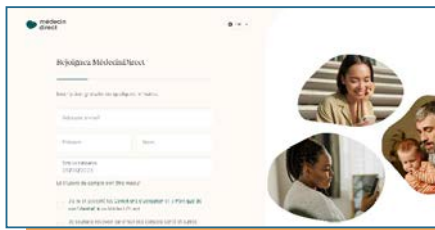
Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

1



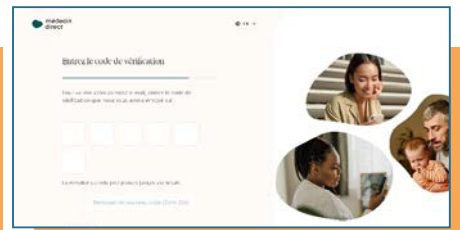
Rendez-vous sur le site www.medicindirect.fr ou sur l'application gratuite MédecinDirect (disponible sur iOS et Android).

2



Remplissez le formulaire d'inscription pour créer votre compte, en renseignant votre numéro de téléphone, puis définissez votre mot de passe.

3



Entrez le code de vérification envoyé sur votre adresse mail pour valider votre inscription.

4



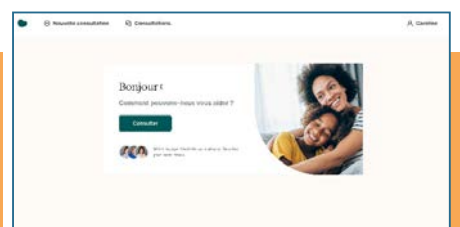
Renseignez le nom de votre assureur, entreprise ou mutuelle afin de bénéficier de consultations 100% prises en charge.

5



Afin d'activer votre code avantage, renseignez votre numéro d'adhérent qui vous a été communiqué lors de votre inscription.

6



Cliquez sur « nouvelle consultation » pour être mis en relation avec un médecin.



Un service disponible :



24/7



Par écrit



Par téléphone



Par vidéo

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins.

DES OUTILS DE GESTION ADAPTÉS À LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Assur Travel met à la disposition de ses clients des outils connectés pour faciliter la gestion de ses contrats à distance.

Un site internet : www.gapigestion.com



Une nouvelle application : Gapi adhérents

Par cette application, l'assuré accède via son smartphone à toutes les fonctionnalités de son espace personnel du site : www.gapigestion.com.

- Il accède à toutes les informations de son contrat.
- Il paye ses cotisations en ligne sur un espace totalement sécurisé.
- Il suit ses remboursements.
- Il accède à tous les N° de téléphone d'urgence : Assistance rapatriement si option souscrite, tiers payants.
- Par une simple photographie et par un clic, il envoie au centre de gestion ses factures de soins avec la procédure CLICK & CASH BACK.
- Il accède au réseau de soins de sa zone.



COMMENT CHOISIR SON PLAN SANTÉ ?



Nous vous conseillons de choisir votre plan santé en fonction de vos besoins et de votre pays d'expatriation.

	BASIC	PREMIUM ACCESS	PREMIUM	CONFORT ACCESS	CONFORT	SUMMUM
Hospitalisation	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du cancer	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du sida	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Greffe d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais d'ambulance	90% des frais réels	90% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Consultations généralistes/ spécialistes	NON	90% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Pharmacie	NON	90% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Maternité	NON	NON	Maxi annuel 2500 €	NON	Maxi annuel 5000 €	Maxi annuel 7500 €
Maternité avec chirurgie	NON	NON	Maxi annuel 5000 €	NON	Maxi annuel 10000 €	Maxi annuel 15000 €
Traitement de la stérilité	NON	NON	NON	NON	Maxi annuel 1000 €	Maxi annuel 1500 €
Médecines alternatives : Ostéopathie...	NON	Maxi annuel 240 €	Maxi annuel 240 €	Maxi annuel 1000 €	Maxi annuel 1000 €	Maxi annuel 1600 €
Optique	NON	NON	Maxi annuel 300 €	NON	Maxi annuel 500 €	Maxi annuel 700 €
Dentaire	NON	NON	Maxi annuel 1000 €	NON	Maxi annuel 2000 €	Maxi annuel 3000 €
Prothèses médicales	NON	NON	Maxi annuel 300 €	NON	Maxi annuel 600 €	Maxi annuel 1000 €

Niveau de couverture

Niveau de base

Niveau moyen

Niveau maximum

BASIC : Vous souhaitez vous couvrir uniquement pour le poste Hospitalisation.

PREMIUM - PREMIUM ACCESS - CONFORT ACCESS : Votre priorité : la sécurité maximum pour un tarif très compétitif. Vous recherchez une garantie qui vous couvre à 100% sur le gros risque : l'hospitalisation et vos frais de consultations et de pharmacie.

En contrepartie, votre couverture sur les autres postes est moins performante mais vous bénéficiez du tarif le plus compétitif.

CONFORT : Vous recherchez une garantie de confort, qui vous offre un très bon niveau de couverture sur tous les postes.

SUMMUM : Vous recherchez une garantie haut de gamme qui vous offre la meilleure couverture pour tous les risques et quel que soit le pays d'expatriation.

Vous recherchez un tarif très compétitif, optez pour nos produits **PREMIUM, CONFORT, SUMMUM** avec une franchise annuelle (cf pages 12 et 13).

QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE ?



Choisissez votre zone de souscription en fonction de votre pays d'expatriation et des pays visités le plus fréquemment.

ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE

La Zone géographique de garantie est déterminée par votre Pays d'expatriation.

ZONE A : Afrique (hors Afrique du Sud), Belgique et France.

ZONE B : Pays non listés dans les zones A, C et D (hors USA et SUISSE).

ZONE C : Brésil, Chine, Espagne, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Russie, Singapour, Emirats Arabes Unis et Australie.

ZONE D : Canada, Japon et Bahamas.

Pays exclus : USA, SUISSE, ROYAUME UNI

Vos garanties s'appliquent au remboursement des frais qui ont été exposés dans la Zone géographique de garantie qui vous est applicable. Néanmoins, vos garanties auront également lieu de s'appliquer comme suit :

- dans les Zones A, B et C si votre Zone géographique de garantie est la Zone D ;
- dans les Zones A et B si votre Zone géographique de garantie est la Zone C ;
- dans la Zone A si votre Zone géographique de garantie est la Zone B.

En cas d'urgence (Accident ou Maladie inopinée), les frais de santé exposés dans des pays situés hors de la Zone géographique de garantie applicable seront garantis s'ils sont exposés par Vous ou par vos Ayants droit pendant un déplacement privé ou professionnel de 60 jours maximum, et s'ils n'étaient prévisibles avant le déplacement. Les frais de déplacement restent à votre charge exclusive.

GARANTIES SANTÉ 1/2



BARÈME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES ET ACCEPTÉES FIGURANT SUR LE CERTIFICAT D'ADHÉSION

Les garanties exprimées comprennent les remboursements de la C.F.E., de la Sécurité Sociale française ou interviennent dès le 1^{er} Euro de frais engagés, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	PREMIUM	CONFORT ACCESS	CONFORT	SUMMUM
Limite maximum par Assuré et par année civile	750 000 €	750 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €	2 500 000 €
HOSPITALISATION (100% des frais réels)						
Hospitalisation médicale ou chirurgicale ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation de jour ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation psychiatrique (limité à 30 jours/an) ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Examens, analyses et pharmacie ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre privée ⁽¹⁾⁽³⁾	60€ / jour	70€ / jour	70€ / jour	130€ / jour	130€ / jour	190€ / jour
Lit d'accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (limité à 30 jours/an) ⁽¹⁾⁽³⁾	30€ / jour	30€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	60€ / jour
Forfait journalier ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations externes liées à une Hospitalisation / chirurgie ambulatoire de jour ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rééducation immédiate suite à une Hospitalisation (limité à 30 jours/an) ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un Accident ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Traitement du cancer ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Grefe d'organe ⁽¹⁾⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèse médicale (appareillage et prothèses internes) ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport en ambulance terrestre ⁽¹⁾	90%	90%	90%	100%	100%	100%
MATERNITÉ (100% des frais réels)						
Maternité ⁽¹⁾⁽³⁾ - Frais d'accouchement et séances pré et post accouchement - Test de dépistage du VIH - Diagnostique des anomalies chromosomiques	non garanti	non garanti	100% (max. 2500€ / an)	non garanti	100% max. 5000€ / an (3000€ / an en zone A + France)	100% max. 7500€ / an (4000€ / an en zone A + France)
Accouchement chirurgical ⁽¹⁾⁽³⁾	non garanti	non garanti	100% (max. 5000€ / an)	non garanti	100% max. 10 000€ / an (6000 € / an en Zone A + France)	100% max. 15 000€ / an (6000 € / an en Zone A + France)
Procréation médicalement assistée ⁽¹⁾ pour les femmes avant 45 ans. pharmacie, analyses, fécondation in vitro, examens de suivi	non garanti	non garanti	non garanti	non garanti	100% (max. 1000€ / an et max. 3FIV/durée de l'adhésion)	100% (max. 1500€ / an et max. 3 FIV/durée de l'adhésion)
Transport en ambulance terrestre si Hospitalisation ⁽¹⁾	non garanti	non garanti	90%	non garanti	100%	100%

(1) Demande d'entente préalable obligatoire

(2) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 2000 €.


(3) Prise en charge directe possible

GARANTIES SANTÉ 2/2



BARÈME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES ET ACCEPTÉES FIGURANT SUR LE CERTIFICAT D'ADHÉSION

Les garanties exprimées comprennent les remboursements de la C.F.E., de la Sécurité Sociale française ou interviennent dès le 1^{er} Euro de frais engagés, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	PREMIUM	CONFORT ACCESS	CONFORT	SUMMUM
Limite maximum par Assuré et par année civile	750 000 €	750 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €	2 500 000 €
MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE (en % des frais réels)						
Consultation généraliste	non garanti	90% (max. 40 €/consultation)	90% (max. 40 €/consultation)	100% (max. 100 €/consultation)	100% (max. 100 €/consultation)	100% (max. 150 €/consultation)
Consultation spécialiste	non garanti	90% (max. 60 €/consultation)	90% (max. 60 €/consultation)	100% (max. 130 €/consultation)	100% (max. 130 €/consultation)	100% (max. 170 €/consultation)
Actes d'auxiliaires médicaux prescrits par un médecin	non garanti	80% (max. 40 €/acte)	80% (max. 40 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 120 €/acte)
Téléconsultation  <small>à vos côtés, où que vous soyez</small>	non garanti	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Actes techniques médicaux (hors établissement hospitalier) ⁽²⁾	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Actes d'analyses médicales ⁽²⁾	non garanti	80%	80%	90%	90%	100%
Actes de radiologie (y compris IRM) ⁽²⁾	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Frais pharmaceutiques et vaccins	non garanti	90%	90%	100%	100%	100%
Médecines douces : chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, et médecine traditionnelle chinoise (limitée à la Chine, la Thaïlande, Hong Kong, Singapour et le Vietnam)	non garanti	80% (max. 30 €/acte et 240€/an)	80% (max. 30 €/acte et 240€/an)	100% (max. 70 €/acte et 1000€/an)	100% (max. 70 €/acte et 1000€/an)	100% (max. 100 €/acte et 1600€/an)
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)	non garanti	non garanti	non garanti	100% (max. 300€/an)	100% (max. 300€/an)	100% (max. 400€/an)
PROTHÈSES MÉDICALES (en % des frais réels)						
Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 600€/an	100% dans la limite de 1000 €/an
OPTIQUE (en % des frais réels)						
Verres et monture	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 500€/an	100% dans la limite de 700€/an
Lentilles	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 100€/an	non garanti	100% dans la limite de 260€/an	100% dans la limite de 300€/an
Chirurgie réfractive de l'œil	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 500€/an	100% dans la limite de 700€/an
DENTAIRE (en % des frais réels)						
Limite poste Dentaire par Assuré et par an	-	-	1000€/an (500€ la 1 ^{ère} année)	-	2000€/an (1000€ la 1 ^{ère} année)	3000€/an (1500€ la 1 ^{ère} année)
Soins dentaires	non garanti	non garanti	90%	non garanti	100%	100%
Prothèses dentaires (y compris inlays onlays)	non garanti	non garanti	90% (max. 200€/dent)	non garanti	100% (max. 400€/dent)	100% (max. 600€/dent)
Orthodontie (enfants de moins de 16 ans, 3 ans maximum pour toute la durée de l'adhésion)	non garanti	non garanti	90% (max. 600€/an)	non garanti	100% (max. 1000€/an)	100% (max. 1200€/an)

(1) Demande d'entente préalable obligatoire

(2) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 2000 €.

(3) Prise en charge directe possible

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES



PRÉVOYANCE

PRISE EN CHARGE

Décès toutes causes	Au choix par tranche de 30.000 € (entre 30.000 € et 300.000 €)
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	Le montant ci-dessus sera versé par anticipation, en cas de PTIA de l'adhérent. Cela met fin à la garantie Décès toutes causes.
Incapacité Temporaire totale de travail / Invalidité permanente	Au choix par tranche de 30 € (I) : entre 30 et 150 € par jour)

Décès toute causes : Maxi de 90.000 € si vous n'êtes pas salarié

Maxi de 300% de votre salaire annuel brut si vous êtes salarié avec un maxi de 300.000 €

Incapacité Temporaire totale de travail / Invalidité permanente : Dans la limite du 1000^{ème} de votre capital décès



ASSISTANCE RAPATRIEMENT

PRISE EN CHARGE OU AVANCE

Orientation médicale hospitalière	Informations
Avance de frais médicaux hospitaliers	Avance des frais plafonnés à 150.000 €
Suivi d'hospitalisation prévue supérieure à 3 jours à l'étranger et contrôle des coûts	Informations
Conseils médicaux	Informations
Envoi de médicaments	Frais d'acheminements
Présence proche lors d'hospitalisation longue	Hébergement plafonné à 125€/nuit avec un maxi de 7 nuits + billets AR
Évacuation sanitaire	Frais réels du transport
Transport des autres bénéficiaires	Billets simple d'un membre de la famille
Transfert pour insuffisance de plateau technique	Frais réels du transport
Bagages, animaux domestiques	Frais plafonnés à 1.000 €
Retour pays de résidence	Billets simple
Messages urgents	Frais réels d'acheminement
Décès d'un bénéficiaire	Frais réels pour le transport du corps
Retour anticipé en cas de décès d'un proche	Frais réels d'un montant équivalent à un billet Aller/Retour en France
Déplacement d'un membre de la famille suite à décès	Billets simple
Caution pénale à l'étranger	Avance des frais plafonnés à 30.500 €
Frais de justice à l'étranger	Frais plafonnés à 7.700 €
Vol, perte ou destruction de documents	Avance des frais plafonnés à 2.300 €
Événement imprévu	Informations en cas de grève, détournement d'avion, risque politique majeur



RESPONSABILITÉ CIVILE

PRISE EN CHARGE

Tous préjudices confondus	4.500.000 €
Domages matériels et immatériels consécutifs	450.000 €
Franchise	150 €

DÉFINITIONS DES GARANTIES



ETENDUE DE LA GARANTIE SANTE

La garantie Santé a pour objet le remboursement de tout ou partie de vos dépenses, et celles de vos Ayants droit, d'ordre médico-chirurgical, optique, dentaire ou vos dépenses résultant d'une maternité. Les dépenses prises en considération sont exclusivement celles figurant dans le tableau des garanties Santé.

Pour Vous et vos Ayants droit, ouvrent droit à prestation les frais pour lesquels la date de début des soins est comprise entre les dates de prise d'effet et de fin d'adhésion (ou d'inscription), sous réserve que les actes médicaux ayant occasionnés ces frais aient été prescrits et effectués par des médecins autorisés et habilités à les pratiquer, ou par des Etablissements de Santé Eligibles.

Pour les soins intervenus en France, les conditions requises pour leur remboursement sont celles définies pour les actes de professionnels par la Sécurité sociale française ou par tout autre organisme similaire.

PRODUITS SANTÉ AVEC OU SANS FRANCHISE

Pour bénéficier d'une remise de 9 à 18 % sur le tarif santé, optez pour un produit avec franchise annuelle.

DÉFINITION DE LA FRANCHISE ANNUELLE

Somme annuelle qui demeure à votre charge

Par franchise annuelle il faut entendre franchise par année civile.

Les remboursements sont effectués à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties et dans la limite des frais réels. Les remboursements interviennent après déduction de la franchise annuelle :

- En individuel : 150 € ou 300 €
- En couple (2 adultes, ou 1 enfant + 1 adulte) : 300 € ou 600 €
- En famille : 450 € ou 900 €



ETENDUE DE LA GARANTIE PREVOYANCE

DÉCÈS TOUTES CAUSES

La garantie Décès toutes causes a pour objet de verser au(x) Bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), lors de votre décès, le capital Décès que vous avez choisi.

Vous choisissez le montant du capital Décès par tranche de 30 000 € :

- dans la limite de 90 000 € si vous n'êtes pas salarié ;
- dans la limite de 300% de votre Salaire annuel brut, avec un maximum de 300 000 €, si vous êtes salarié.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Si vous subissez une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assureur vous versera, par anticipation, le capital Décès assuré en cas de Décès toutes causes.

La mise en jeu de la garantie PTIA ne peut se cumuler avec la garantie Décès toutes causes. Par conséquent, le capital Décès qui vous est versé par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes.

Dans tous les cas, vous êtes considéré en état de PTIA lorsque :

- vous êtes reconnu définitivement incapable de vous livrer à aucune occupation, ni à aucun travail susceptible de vous procurer gain ou profit ;
- vous êtes obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante ;
- et il est établi que votre état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie obligatoire Décès toutes causes et à condition que vous soyez salarié.

Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.)

Si vous êtes en état d'I.T.T., l'Assureur vous versera une indemnité journalière au 1er Euro.

Vous choisissez votre Franchise au moment de votre adhésion dans votre bulletin d'adhésion. Vous avez le choix entre les franchises suivantes :

- **30 jours ;**
- **60 jours ;**
- **90 jours.**

Vous choisissez également le montant de l'indemnité journalière.

Vous êtes considéré en état d'I.T.T. lorsque du fait d'un Accident ou d'une maladie, votre état de santé vous interdit tout travail.

Invalidité Permanente

Si vous êtes en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale, l'Assureur vous versera une rente d'invalidité au 1er Euro.

Le montant annuel de la rente entière d'invalidité est le montant que vous avez choisi pour les indemnités journalières multiplié par 360. Il sert de base au calcul de la rente d'invalidité.

Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un Accident ayant occasionné le versement d'indemnités journalières par l'Assureur, vous êtes dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de votre activité professionnelle et présentez simultanément, après consolidation de votre état de santé, une incapacité fonctionnelle et une incapacité professionnelle :

- **l'incapacité fonctionnelle** est déterminée d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge, vos facultés physiques et intellectuelles. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités de droit commun ;
- **l'incapacité professionnelle** est appréciée en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente et des possibilités de rééducation.

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin conseil du Délégué.



COMMENT ADHÉRER ?

DES FORMALITES D'ADHESION RÉDUITES

Pour qu'elle soit prise en considération, la demande d'adhésion doit comporter :

- Un bulletin d'adhésion rempli,
- Un questionnaire de santé complété pour chacune des personnes à assurer.

Souscrivez notre Pack PLUS : le package Santé + Assistance + Capital décès 150.000 € + Arrêt de travail et bénéficiez de 10% de remise sur votre tarif santé et de formalité d'adhésion réduite limitée à un questionnaire médical.

Retourner ces documents à GAPI, notre gestionnaire,
ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650
VILLENEUVE D'ASCQ - France.

Après étude de votre bulletin d'adhésion et du questionnaire médical, notre gestionnaire GAPI prendra contact avec vous pour :

- vous informer sur les formalités médicales à accomplir, une liste de praticiens vous sera communiquée afin de simplifier vos démarches,
- les conditions de votre prise de garantie,
- et vous communiquer les procédures de remboursements de prestations et de paiement des cotisations.

RENONCIATION A L'ADHESION

Vous pouvez résilier votre adhésion au Contrat en exerçant votre droit de renonciation dans le cadre et dans les conditions des articles suivants :

L'article L.112-9 premier alinéa du Code des assurances dispose que : « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du Contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit à renonciation* ».

Il vous est conseillé si vous souhaitez user de votre droit de renonciation de rédiger votre lettre comme suit :

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom(s) de l'Adhérent*), demeurant à (*domicile principal*), déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Assur Travel Santé** n° A 4916 (*complété de votre numéro d'adhésion*), que j'ai signée le (*JJ/MM/AAAA*).

(*Si des cotisations ont été perçues*) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, dans les conditions prévues par l'article L. 112-9 du Code des assurances, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A, Le..... Signature de l'Adhérent

Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances :

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Néanmoins, dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le Délégué procédera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due au Délégué si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

En cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 du Code de la consommation (vente ou prestation de services à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont vous êtes redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser au Délégué les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, le Délégué les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

PERSONNES GARANTIES

Conditions d'adhésion

Vous, Adhérent

- être âgé de 18 à moins de 65 ans au jour de votre adhésion ;
- être de nationalité différente de celle de votre Pays d'expatriation ;
- vous être acquitté des droits d'adhésion auprès de l'Association pour en être membre.

Vos Ayants droit

● votre conjoint :

- votre conjoint non séparé de corps judiciairement (sous réserve de fournir une attestation sur l'honneur de non séparation de corps,
- votre partenaire lié par un PACS (sous réserve de fournir une copie de la convention enregistrée au Greffe du Tribunal d'Instance du domicile commun),
- votre concubin notoire (sous réserve de fournir un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de concubinage notoire), âgé de moins de 65 ans au jour de son inscription.

- **les enfants à charge** : vos enfants et/ou ceux de votre conjoint, fiscalement à votre charge et/ou à celle de votre conjoint, jusqu'à leur 16ème anniversaire dans tous les cas, et jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études secondaires (sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte étudiante en cours de validité, au moment de l'inscription et lors de chaque renouvellement annuel) et qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet. Sont également inclus vos enfants et/ou ceux de votre conjoint handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Vos Ayants droit doivent résider dans la même zone géographique de garanties que la vôtre pour pouvoir bénéficier de la Formule de garantie choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Vous, Adhérent

Votre adhésion prend effet à compter de la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion. Elle commence au plus tôt le premier jour suivant la date de réception du Dossier d'adhésion complet par le Délégué, sous réserve :

- de l'acceptation de votre adhésion suite à la sélection médicale ;
- du paiement intégral de votre première cotisation ;
- de l'acceptation de la surprime vous ayant été proposée par le Gestionnaire le cas échéant ;

Vos Ayants droit

L'inscription de vos Ayants droit prend effet à la même date et dans les mêmes conditions que votre adhésion.

En cas de modification de votre situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage notoire, naissance ou adoption d'un enfant), l'inscription de vos Ayants droit prendra effet au plus tôt, le 1er jour qui suit l'acceptation expresse de leur inscription par le Gestionnaire et dans les mêmes conditions que votre adhésion.

Vos enfants qui naîtraient postérieurement à votre adhésion au Contrat sont réputés admis, sans formalités médicales, sous réserve que leur naissance soit déclarée au Gestionnaire dans le mois suivant leur date de naissance. Dans ce cas, leur inscription prendra effet au jour de leur naissance. Si ce délai d'un mois est dépassé, leur inscription prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception par le Gestionnaire de la déclaration de leur naissance.

Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit prennent effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an. Toutefois, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au Contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Gestionnaire au moins deux mois avant la date d'échéance. De plus, en cours d'adhésion, si vous devez être affilié à un régime obligatoire dans votre Pays d'expatriation, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au Contrat par l'envoi au Gestionnaire d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.

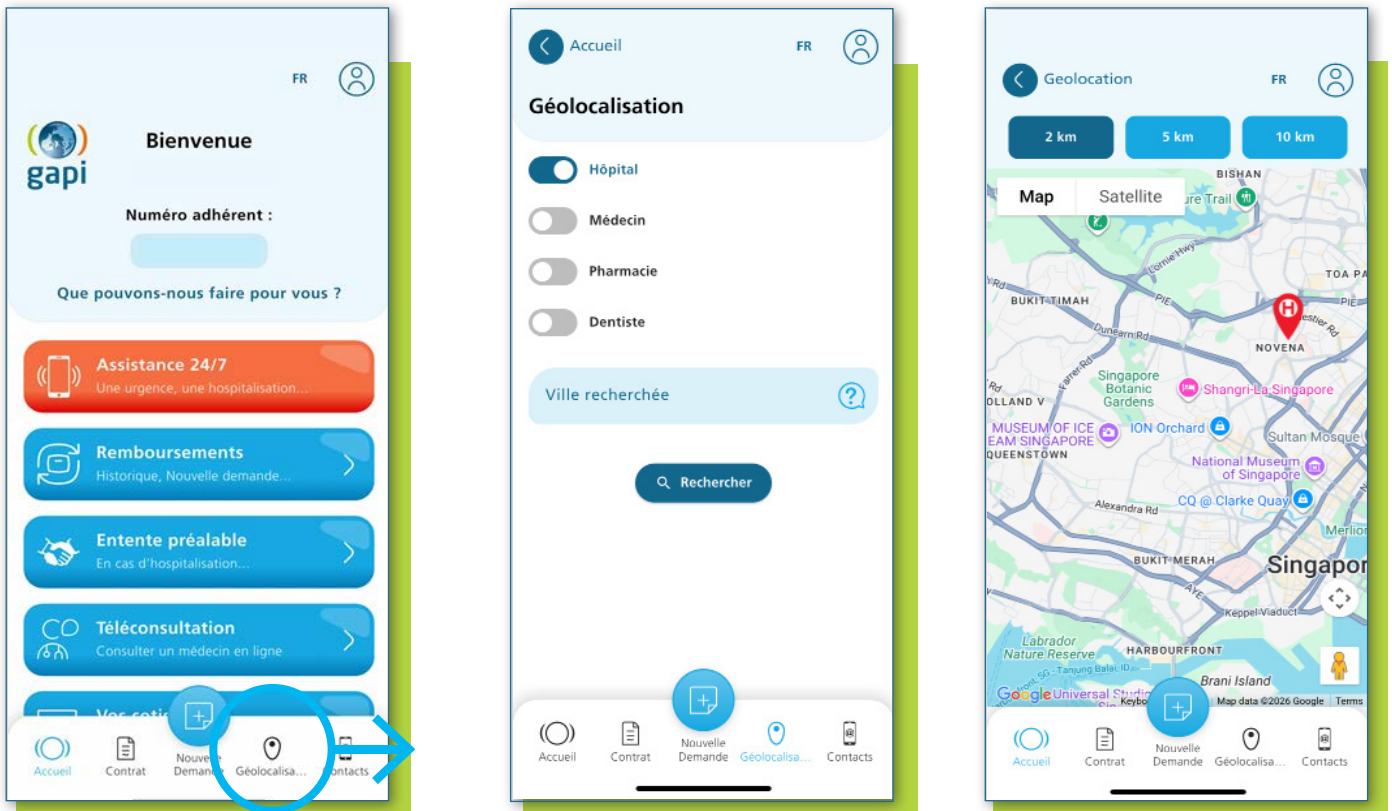
Les garanties que vous avez choisies

Les garanties du Contrat que vous avez choisies prennent effet à la date de votre adhésion (et celle de l'inscription de vos Ayants droit) sous réserve des Délais d'attente. **Le Délégué ne prendra en charge que les frais engagés à partir de la date de prise d'effet des garanties et pour la durée de la Période de couverture.**

OÙ SE FAIRE SOIGNER ?

Nous mettons à votre disposition sur l'application Gapi Adhérents la liste des médecins, cliniques, hôpitaux de votre zone géographique.

Vous avez la possibilité de laisser un avis afin de faire bénéficier de votre expérience à l'ensemble des expatriés de la zone.



COMMENT SE FAIRE PRENDRE EN CHARGE ?

EN CAS D'URGENCE

Pour toute demande d'avance de frais d'hospitalisation nous mettons à votre disposition un N° d'appel pour bénéficier du Tiers Payant dans le monde entier.

Enfin en cas de demande d'assistance rapatriement vous bénéficiez d'un n° d'appel 24H sur 24 et 365 jours par an dans le monde entier.



PRISE EN CHARGE DIRECTE

La prise en charge directe est le paiement des frais de santé, par le Gestionnaire, directement à l'Etablissement de Santé Eligible, sans avance préalable de votre part.

Sous réserve du respect de la procédure de l'entente préalable, le Gestionnaire délivre une prise en charge directe pour les frais suivants :

Hospitalisation

- l'ensemble des frais relatifs à une Hospitalisation à l'exception des consultations externes directement liées à l'Hospitalisation (post et pré-hospitalières), du transport par ambulance terrestre et des hospitalisations de moins de 24 heures.

Maternité

- les frais d'accouchement ;
- les frais d'accouchement chirurgical.

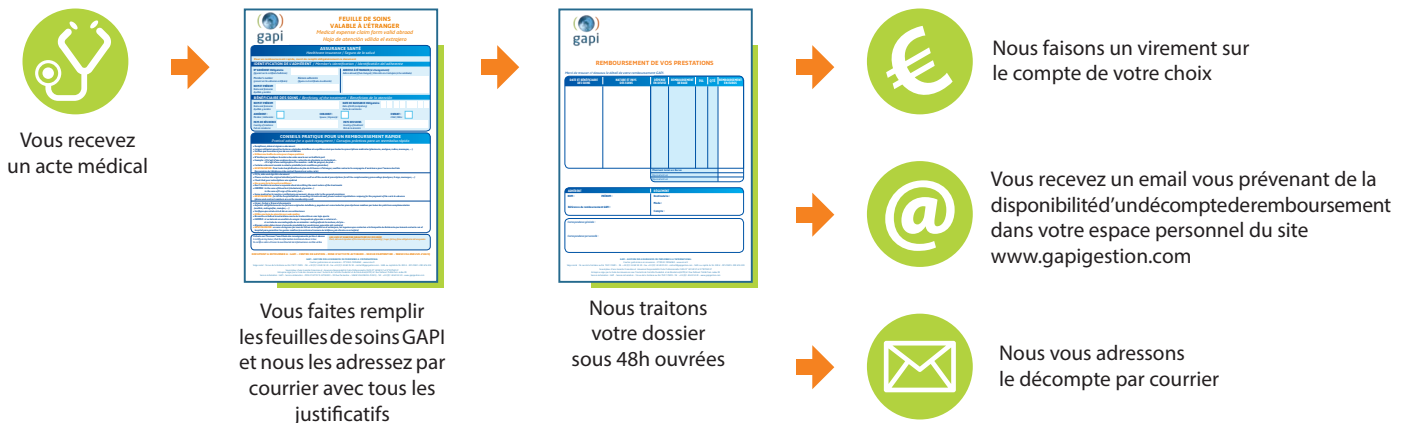
COMMENT SE FAIRE REMBOURSER AU 1^{ER} EURO ?

Notre gestionnaire GAPI vous rembourse vos prestations sous 48 heures, à réception de vos feuilles de soins et de vos justificatifs.

Vous retrouverez sur votre espace personnel du site www.gapigestion.com, les tableaux de bord vous permettant de suivre vos remboursements et la possibilité de payer vos cotisations en ligne.



PROCÉDURE REMBOURSEMENT DE SOINS AU 1ER EURO



Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez faire parvenir au Gestionnaire une demande de remboursement accompagnée des **pièces originales** justificatives suivantes :

- La **prescription médicale** ;
- La **facture détaillée et acquittée**, ainsi que les **notes d'honoraires** de tout praticien et de tout établissement de Santé éligible ;
- Pour les **soins effectués en France** : la **feuille CERFA** remplie par le praticien, la pharmacie ou l'établissement de Santé éligible.

L'adhérent a la possibilité de communiquer par mail via l'application « GAPI Adhérents » un scan ou photographie de ses prescriptions et factures de soins.



Néanmoins le gestionnaire ou la compagnie se réserve le droit de demander les pièces originales pour procéder aux remboursements.

COMMENT SE FAIRE REMBOURSER EN COMPLÉMENT CFE ?

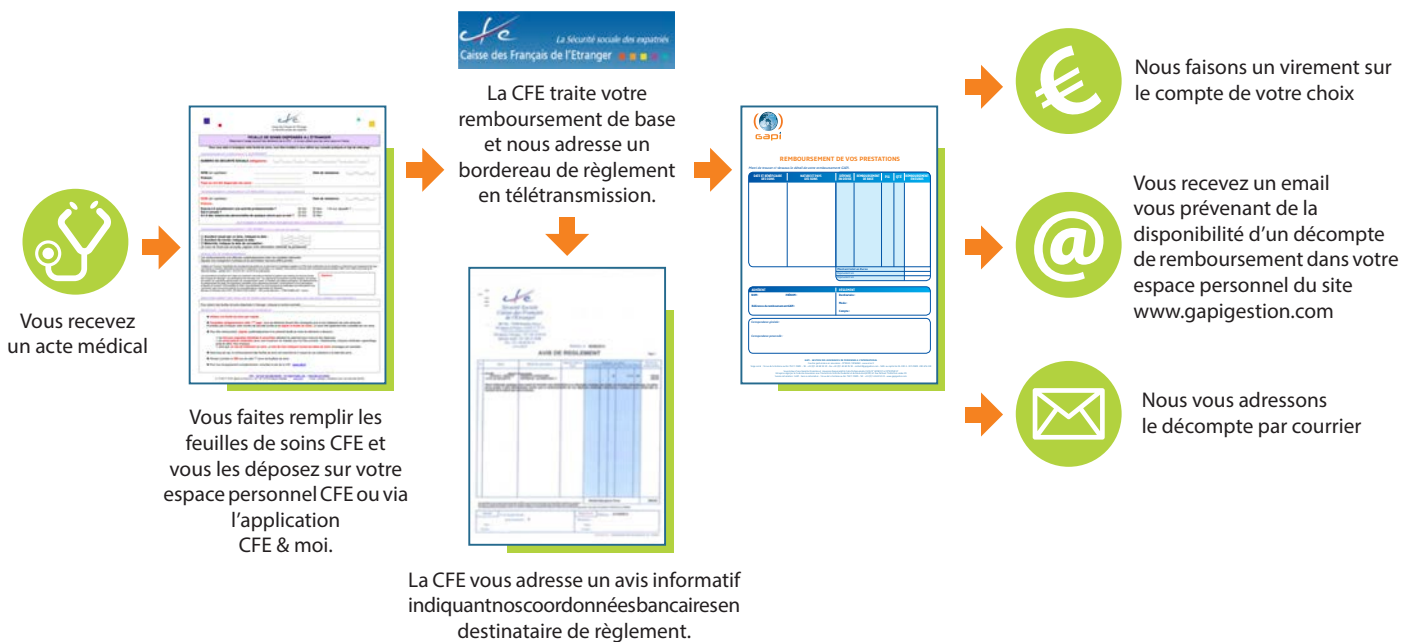
Notre gestionnaire GAPI, partenaire officiel de la CFE, vous propose un guichet unique pour vous rembourser la part CFE et la part complémentaire CFE sous 48 heures, à réception du remboursement de la CFE.

Un seul interlocuteur pour une gestion simplifiée.

Vous retrouverez sur votre espace personnel du site www.gapigestion.com, les tableaux de bord vous permettant de suivre vos remboursements et la possibilité de payer vos cotisations en ligne.



PROCÉDURE REMBOURSEMENT DE SOINS EN COMPLÉMENT CFE



Pour obtenir le règlement des prestations, les assurés doivent faire parvenir à la CFE (via une adresse commune à la CFE et à notre centre de gestion Gapi) une demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- La **prescription médicale** ;
- La **facture détaillée et acquittée**, ainsi que les **notes d'honoraires** de tout praticien et de tout établissement de Santé éligible ;
- Pour les **soins effectués en France** : la **feuille CERFA** remplie par le praticien, la pharmacie ou l'établissement de Santé éligible.

Les assurés peuvent également effectuer leurs demandes de remboursement de soins en ligne.

Pour cela, il suffit aux assurés de déposer leurs factures et feuilles de soins, **sans limite de paiement, mais hors frais d'hospitalisations**, directement dans leur espace personnel disponible CFE&Moi sur <https://www.cfe.fr/>, dans la rubrique « Mes remboursements ».

Attention ce service ne concerne pas les adhérents qui sont couverts en complément d'une Caisse de la Sécurité Sociale, qui doivent faire parvenir les pièces originales à leur Caisse et ensuite les décomptes au Gestionnaire.

Néanmoins le Gestionnaire ou la Compagnie se réserve le droit de demander les pièces originales pour procéder aux remboursements.



ASSUR-TRAVEL, PARTENAIRE DE VOTRE MOBILITÉ

Animé par des professionnels de l'assurance, ASSUR-TRAVEL, courtier grossiste, 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 12 000 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 2.000.000 personnes par an.

ASSUR-TRAVEL S'EST ASSOCIÉE AVEC LES ACTEURS MAJEURS DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE :



SWISSLIFE

Avec 19 Mds de chiffre d'affaire en 2014, le groupe SWISS LIFE est un des leaders européens sur les marchés de l'assurance patrimoniale en vie et retraite et de l'assurance santé et prévoyance auprès des entreprises et des particuliers.



VYV INTERNATIONAL ASSISTANCE Filiale du groupe VYV créé en 2017, 1er Assureur Santé en France (MGEN, Harmonie Mutuelle...), avec 40 000 collaborateurs, protège 10 millions de personnes pour plus de 72 000 employeurs publics et privés. Il totalise un chiffre d'affaires de 10 milliards d'euros en assurance santé, en prévoyance, en soins et services d'accompagnement et en épargne retraite.



GAPI, Gestion des Assurances de Personnes à l'International est un des acteurs majeurs de la gestion de frais de santé en France. Partenaire d'ASSUR-TRAVEL, de la Caisse des Français de l'Étranger, gestionnaire de plus de 10.000 expatriés basés dans le monde entier, GAPI apporte une gestion transparente et personnalisée via son plateau multilingue.



TOKIO MARINE HCC

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.



CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

Par téléphone :

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

Par mail :

contact@assur-travel.fr

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site :

www.assur-travel.fr



assur-travel
Partenaire de votre mobilité

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr

Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17
SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378

Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09
et Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA N°PIFI-202411-LLB6-100125.

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.

La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48

Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Si notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :
par courrier simple à : LA MEDIATION de L'ASSURANCE - POLE PLANETE CSCA - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09
ou par email à le.mediateur@mediation-assurance.org ou à partir du site : <https://www.mediation-assurance.org/>