

CONDITIONS 2026

www.assur-travel.fr

Contrat d'assurance collectif
à adhésion facultative
REGIME DE PREVOYANCE
ASSUR TRAVEL N°500/846991

Expatriés Prévoyance

Notice d'information



Expatriés Prévoyance
DG ASPI Prévoyance 0314
Réf. SRI/PTF J5

Votre adhésion est constituée par les présentes Dispositions Générales valant Notice d'information et de votre certificat d'adhésion.



assur-travel
Partenaire de votre mobilité

22/01/2026

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT N° 210/846990

SOMMAIRE

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3	II. GARANTIES	5
1 - OBJET DU CONTRAT	3	A/ GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES	5
2 - RENOUELEMENT DU CONTRAT	3	1 - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT	5
3 - ADHÉSION	3	2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	6
4 - MODALITÉS D'ADHÉSION	3	B/ GARANTIE COMPLEMENTAIRE ET FACULTATIVE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL	6
5 - ÉTENDUE TERRITORIALE	3	1 - GARANTIE ARRET DE TRAVAIL	6
6 - DÉFINITIONS	3	2 - GARANTIE EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL	7
7 - DÉLAI DE RENONCIATION	3	C/ EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES	7
8 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES	4		
9 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES	4		
10 - PROROGATION DES GARANTIES	4		
11 - MODIFICATION EN COURS D'ADHESION	4		
12 - COTISATIONS	4		
13 - PRESCRIPTION	4		
14 - RECLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTES	5		
15 - ARBITRAGE - JURIDICTION	5		

Le Contrat « **Assur Travel Santé** » a été conclu par :

Association Santé Prévoyance Internationale

Zone Actiburo - 99 rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,



il a été souscrit auprès de :

GROUPAMA GAN VIE

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest -

CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** » d'autre part.

Autorité chargée du contrôle des assurances :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(A.C.P.R.)**

4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 - FRANCE



I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe, régi par le Code des assurances français, comporte des garanties de base qui peuvent être complétées, selon le choix de l'adhérent par une garantie complémentaire optionnelle.

Les garanties souscrites par l'adhérent lors de son adhésion au contrat et le montant des prestations correspondantes, figurent au certificat d'adhésion.

Garanties de base :

Les garanties de base ont pour objet :

- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent,
- le paiement d'un capital à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive.

Garantie « arrêt de travail » optionnelle :

En complément des garanties de base, l'adhérent peut souscrire une garantie ayant pour objet, en cas d'interruption de travail consécutive à une maladie ou à un accident :

- le service d'une indemnité journalière ou d'une rente annuelle,
- l'exonération du paiement des cotisations afférentes à la garantie « arrêt de travail ».

2 - DUREE - RENOUELEMENT DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'association contractante ou de l'assureur, notifiée par lettre recommandée adressée six mois avant chaque date de renouvellement.

3 - ADHESION

Peut adhérer au contrat toute personne membre adhérent de la contractante résidant hors de son pays d'origine en exerçant une activité salariée ou non. Elle est dénommée « adhérent »

Toutefois, concernant certaines activités professionnelles se rapportant à des travaux dangereux ou spéciaux (par exemple les plongeurs sous-marins professionnels, les travaux sur barges pétrolières, etc.) l'assureur se réserve la possibilité, en concertation avec la contractante, de limiter, supprimer ou exclure totalement ou partiellement du champ des garanties offertes la possibilité d'adhésion au contrat. Ces professions devront nécessairement faire l'objet d'un questionnaire approfondi fourni par la contractante et agréé par l'assureur.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion sur lequel sont inscrits le montant des garanties et leur date d'effet.

4 - MODALITES D'ADHESION

Sont admissibles au contrat les expatriés âgés de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans.

Ils doivent compléter une demande d'adhésion agréée par l'assureur, fournie par la contractante et remplir et signer le profil de santé dont la durée de validité est limitée à 3 mois.

L'admission est subordonnée à l'acceptation médicale de l'assureur ; celui-ci se réserve le droit de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au questionnaire et du montant des garanties souscrites.

L'adhérent ayant la possibilité de modifier le montant des garanties souscrites, en cas d'augmentation de celles-ci, il sera soumis à de nouvelles formalités médicales.

Si les renseignements médicaux ne permettent pas à l'assureur d'accorder les garanties choisies aux conditions prévues par le contrat, il se réserve le droit d'en exclure certaines ou de ne les accorder qu'avec des prestations réduites ou éventuellement de réclamer des surprimes.

Toute condition particulière d'acceptation prend effet le jour de l'envoi de la lettre recommandée la portant à la connaissance de l'intéressé.

Nul ne peut adhérer au contrat tant qu'il est en état d'incapacité totale de travail ou d'invalidité permanente.

Lorsque l'adhérent a opté pour la garantie Arrêt de travail, le montant de l'indemnité journalière ne peut être supérieur au montant du capital décès divisé par 1000 (1millième du capital décès).

5 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises dans le monde entier. La couverture est acquise en dehors du principal pays d'expatriation dans la limite de 60 jours consécutifs. En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable de l'assureur.

6 - DEFINITIONS

Pour le contrat, les définitions suivantes sont retenues :

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

En application de l'article 1315 du Code Civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

CERTIFICAT D'ADHESION : Document qui acte de la situation de famille et du choix de l'adhérent (nom et adresse de l'adhérent, garanties choisies...)

CONJOINT : Conjoint de l'adhérent non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

COTISATION : Somme payée par l'adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITE - PACS : Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code Civil).

PARTENAIRE : Personne avec laquelle l'adhérent est lié par un PACS.

7 - DELAI DE RENONCIATION

L'adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date de l'envoi du certificat d'adhésion au contrat. La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e)..... (nom – prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n°..... et demande le remboursement de la cotisation versée. »

8 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Prise d'effet de l'adhésion :

• Lorsque les déclarations sur le questionnaire de santé n'entraînent pas de formalités médicales complémentaires, l'adhésion des adhérents prend effet le 1er jour du mois qui suit la date de leur demande d'adhésion figurant au bulletin d'adhésion.

• Lorsque des formalités médicales complémentaires sont nécessaires et permettent une acceptation sans restriction, l'adhésion prend effet à la date de notification de la décision d'acceptation par l'assureur.

• Lorsque des formalités médicales complémentaires sont nécessaires et entraînent une acceptation de l'adhésion avec des conditions particulières, l'adhésion des adhérents prend effet à la date d'acceptation par l'adhérent, de la décision notifiée par l'assureur.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction les 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant la date de renouvellement.

Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent à la date de son adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus.

9 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent :

• en cas de résiliation du contrat, l'adhésion et les garanties étant maintenues jusqu'à la prochaine échéance des cotisations. Toutefois, pour les adhérents bénéficiant des dispositions de l'article 7, les prestations en cours à la date de résiliation sont maintenues au niveau atteint jusqu'à leur terme.

• en cas de résiliation de l'adhésion, étant précisé que lorsque celle-ci est du fait de l'assureur, elle ne peut intervenir que dans les deux premières années d'adhésion,

• lorsque l'adhérent n'adhère plus à l'association contractante,

• lors du retour de l'adhérent à l'expiration de son contrat d'expatriation.

• si la cotisation n'est pas payée, sauf si l'adhérent bénéficie de l'exonération telle que prévue à l'article 7,

et, en tout état de cause,

• pour la garantie **décès** : au 65ème anniversaire de l'adhérent (ou et uniquement lorsque la garantie optionnelle arrêt de travail a également été souscrite par l'adhérent : à la date de son départ à la retraite lorsque ce départ intervient après l'âge de 65 ans),

• pour la garantie **invalidité absolue et définitive** : au 60ème anniversaire de l'adhérent,

• pour la garantie **arrêt de travail** ainsi que pour l'exonération du paiement des cotisations : à la date de départ à la retraite de l'adhérent.

10 - PROROGATION DES GARANTIES

Lors du retour en France à l'expiration de son contrat d'expatriation, les garanties sont maintenues à l'adhérent pendant une durée maximum de 3 mois et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante. Cette cotisation est payable en une seule fois dès la date du retour en métropole. La prorogation des garanties doit être demandée à l'assureur par lettre recommandée 3 mois au moins avant cette date.

11 - MODIFICATION EN COURS D'ADHESION

En cours d'adhésion, l'adhérent peut :

• Demander à modifier les garanties souscrites ou leur montant. S'il s'agit d'une augmentation de garantie, de nouvelles formalités médicales pourront être demandées. L'Assureur se réserve le droit d'exclure certaines garanties ou de ne les accorder qu'avec des prestations réduites ou éventuellement de réclamer des surprimes.

Si l'assureur se prononce pour le refus de l'augmentation souhaitée, l'adhérent restera garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande.

• Demander à résilier la garantie optionnelle.

Dans ces cas, il doit en faire la demande par lettre recommandée adressée à l'assureur deux mois avant le 31 décembre en cours, la modification demandée prenant effet le 1er janvier de l'exercice suivant, sous réserve le cas échéant, de l'acceptation médicale à sa demande.

12 - COTISATIONS

Calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle, exprimé en euros est revue chaque année compte tenu de l'âge atteint (déterminé par différence de millésime) par l'adhérent. Indépendamment de l'âge de l'adhérent, le tarif en vigueur sera révisé par l'assureur chaque année au 1^{er} avril moyennant un préavis de UN MOIS.

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge des adhérents et payable en même temps que la cotisation.

Paiement de la cotisation par l'adhérent

Les cotisations sont payables trimestriellement, d'avance, en euros à la contractante.

En cas d'adhésion temporaire ou de départ d'un adhérent intervenu en cours de période d'assurance, la cotisation est calculée prorata temporis.

Pour les personnes devant rentrer prématurément dans leur pays d'origine avant la fin de la période de couverture par leur adhésion au contrat, il est prévu la faculté de procéder à un remboursement de la cotisation prorata temporis sur la durée restant à échoir.

Défaut de paiement de l'adhérent :

En application des dispositions des articles L.132-20 et L.141-3 du Code des assurances, la contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de l'adhésion.

13 - PRESCRIPTION

En application des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à 10 ans pour la garantie décès.

La prescription est interrompue par une des « causes ordinaires d'interruption » de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à la contractante en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par la contractante, l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

14 - RECLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Réclamation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé de consulter d'abord le service gestionnaire de l'assureur.

Si un différend persistait après réponse, la réclamation pourrait être adressée à la :

Direction des relations avec les consommateurs
Immeuble Élysées La Défense
7, place du Dôme – TSA 59876 - 92099 LA DÉFENSE CEDEX

Si enfin la réponse donnée ne donnait pas satisfaction, l'avis du médiateur pourrait être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice.

Les conditions d'accès à ce médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Informatique et Libertés

Les données personnelles concernant les adhérents sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur affiliation et de leurs garanties. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels. L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant à l'adresse indiquée ci-dessus.

L'adhérent accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé, nécessaires à la gestion de ses garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. L'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification en s'adressant au médecin conseil de l'assureur dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

15 - ARBITRAGE - JURIDICTION

Le contrat étant souscrit de bonne foi, les parties s'engagent en cas de désaccord à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

II - GARANTIES

A/ GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES



1 - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Définition de la garantie :

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-après, en cas de décès de l'adhérent, un capital dont le montant est égal à 100 % du capital choisi.

Le choix du montant du capital garanti varie entre 30 000 € et 300 000 €. Le montant de ce capital est fixé librement par l'adhérent. Il est souscrit par tranche de 30 000 €.

Attribution des prestations :

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'adhérent, le capital garanti revient à son conjoint survivant, non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut, à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut, à ses autres héritiers.

Si l'adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, il doit désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur.

Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) bénéficiaire(s) désigné(s), l'adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est opposable.

L'assureur attire l'attention des adhérents sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).

Avec l'accord de l'adhérent, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'affilié est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'affilié et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire.

L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit, la preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut être ou non enregistré auprès du service des impôts.

Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

Formalités à accomplir en cas de sinistre et paiement des prestations :

La contractante doit déclarer le décès le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- un extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- tout document prouvant l'identité du ou des bénéficiaires, notamment :
 - lorsque l'affilié a souscrit un PACS au jour de son décès, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance du lieu de naissance du partenaire de l'affilié ou, si celui-ci est né dans un pays étranger, par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception des pièces justificatives par l'assureur.

S'il y a pluralité de bénéficiaires, le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Définition de la garantie :

Si avant son 60^{ème} anniversaire, un adhérent est consécutivement à une maladie ou à un accident, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît en état d'invalidité absolue et définitive.

L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par le médecin conseil de l'assureur. L'assureur lui verse alors un capital identique à celui prévu au paragraphe A)1 ci-avant en cas de décès.

Le versement du capital dû en cas d'invalidité absolue et définitive met fin, pour l'adhérent concerné, à la garantie en cas de décès du paragraphe A)1 précité.

Formalités à accomplir en cas de sinistre et paiement des prestations :

Formalités à accomplir :

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe à l'adhérent qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat détaillé du médecin traitant,
- éventuellement, la notification de l'attribution, par un régime social de base (Caisse des Français à l'Etranger ou tout autre organisme similaire), d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive,

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur, au plus tard, deux mois après le 60ème anniversaire de l'adhérent.

Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'invalidité absolue et définitive :

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'adhérent et l'assureur choisiront ensemble un troisième médecin pour les départager. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

Mode de règlement du capital

Le capital garanti, payable à l'adhérent lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'assureur, de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

B/ GARANTIE COMPLEMENTAIRE ET FACULTATIVE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

1 - GARANTIE ARRET DE TRAVAIL

La souscription de cette garantie implique la souscription préalable ou concomitante d'un capital décès et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

Définitions des garanties :

- Par incapacité complète de travail, il faut entendre une incapacité temporaire totale consécutive à une maladie ou à un accident qui place l'adhérent dans l'incapacité physique constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident entraînant l'impossibilité physique totale ou partielle pour l'adhérent, constatée médicalement et reconnue par l'assureur dans les conditions précisées à l'alinéa b) du paragraphe Montants des prestations ci-après.

Objet de la garantie :

Cette garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente de l'adhérent, consécutive à une maladie ou à un accident.

Montant des prestations :

a) Incapacité temporaire :

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire complète de travail, il lui verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue pour maladie ou accident de **30 jours, 60 jours ou 90 jours** selon le choix de l'adhérent, qui figurera sur le certificat d'adhésion.

Le montant de l'indemnité journalière, compris entre 30 € et 150 €, est choisi par l'adhérent en corrélation avec le montant minimum obligatoire du capital décès souscrit tel que prévu au paragraphe 4 du TITRE I. Ce montant est indiqué sur le certificat d'adhésion la 1^{ère} année d'adhésion et ensuite sur le dernier appel de prime.

Cette indemnité, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu tant que l'adhérent est en état d'incapacité totale. Elle est versée, en tout état de cause au maximum trois ans à compter de la date d'arrêt de travail ou de la déclaration tardive ou jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente définie au b) ci-après.

b) Invalidité permanente :

L'adhérent est reconnu en état d'invalidité permanente à la double condition :

- qu'il soit atteint d'une incapacité physique ou mentale
- et
- qu'il soit atteint d'une incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 20 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, sur la base d'une diminution de la capacité physique ou mentale consécutivement à un accident ou une maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est ensuite déterminé de 10 à 100 % d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la manière dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

A partir du taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le tableau suivant :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10						37	40	43	46	
20				37	42	46	50	55	58	
30			36	42	48	53	58	62	67	
40			40	46	52	58	63	69	74	
50		36	43	50	56	63	68	73	79	
60		38	46	53	60	66	73	79	84	
70		40	48	56	63	70	77	83	89	
80		42	50	58	66	73	80	87	93	
90		43	52	61	67	76	83	90	97	
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Le montant de la rente, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière souscrite par l'adhérent, est indiqué au certificat d'adhésion.

Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur, par voie d'expertise, est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale.

Dans ce cas, le montant de la rente versée est égal à celui de la rente souscrite.

Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur, par voie d'expertise, est compris entre 34 % et 65 % l'invalidité est réputée partielle.

Dans ce cas, le montant de la rente versée est égal au n/66ème de la rente d'invalidité totale souscrite, « n » étant le taux d'invalidité déterminé par l'assureur.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur est inférieur ou égal à 33 %.

Dispositions communes aux garanties prévues en cas d'arrêt de travail :

a) Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'incapacité ou d'invalidité :

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'adhérent. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur, portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire complète de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, l'adhérent et l'assureur choisiront ensemble un troisième médecin pour les départager. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans un autre pays.**

b) Paiement des prestations :

INCAPACITE TEMPORAIRE : L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire complète de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 1095^{ème} jour à compter de la date de survenance de l'incapacité. Son versement cesse au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale de l'adhérent.

INVALIDITE PERMANENTE : Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité.

La rente est payable à l'adhérent, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité. Le service de la rente cesse au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale de l'adhérent.

c) Revalorisation des prestations :

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail d'un adhérent sont revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres). Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

d) Cumul des prestations :

Le cumul des prestations versées tant par le régime obligatoire de protection sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne) dont relève éventuellement l'adhérent, que par l'assureur et, le cas échéant, des salaires payés par la contractante, **ne peut excéder le montant du salaire net que l'adhérent aurait perçu** s'il avait continué son activité professionnelle sur la base de l'horaire prévu par son contrat de travail.

Formalités à accomplir en cas de sinistre :

La déclaration de l'arrêt de travail incombe à l'adhérent qui est tenu de l'adresser à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante, dans les 30 jours suivant la date d'arrêt de travail, par lettre recommandée. Cette déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'accident, ainsi qu'un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Si l'incapacité dure encore au-delà de la date prévue pour la reprise du travail, un nouveau certificat médical devra être fourni indiquant la durée probable du nouvel arrêt.

Cette formalité est renouvelée chaque fois que l'incapacité se prolongera au-delà de la date prévue pour la reprise du travail.

2 - GARANTIE EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Exonération du paiement des cotisations :

En cas d'arrêt total de travail d'un adhérent consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de son départ à la retraite, la cotisation relative à la garantie « arrêt de travail » souscrite cesse d'être due à l'issue de la période de franchise retenue par l'adhérent (à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou 91^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu).

Maintien des garanties :

Tant que l'adhérent est exonéré du paiement de la cotisation afférente au risque « arrêt de travail » dans les conditions ci-dessus, les garanties souscrites accordées en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive sont maintenues aux conditions prévues aux paragraphes les concernant et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

En cas de résiliation du contrat, le service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité, ainsi que les garanties accordées en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive, sont maintenues pour le montant atteint à la date de résiliation.

C/ EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- suicide ou tentative de suicide intervenant au cours de la 1^{ère} année d'assurance,
- accident ou maladie causé intentionnellement par l'assuré ou résultant de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeutes, rixes, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active,
- accident ou maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat Français,
- faits résultant d'infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'adhérent,
- les effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route Français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- les accidents de navigation aérienne sauf si l'adhérent a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences,
- participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel,

ainsi que tous sports dangereux tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous marine sauf en apnée à moins de 50m, le jet ski, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard,.

Sauf application des articles L.113-8 et L-113-9 du Code des Assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'assuré et acceptée par lui.

Dispositions spécifiques concernant la garantie arrêt de travail :

La maternité n'étant pas une maladie, seuls les arrêts de travail en cours de grossesse ayant une cause pathologique (c'est-à-dire médicalement justifiés) seront pris en charge au titre de la garantie. Le congé de maternité ou de paternité n'étant pas un arrêt de travail pour maladie demeure exclu de la garantie.

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/>