NOTICE D'INFORMATION

Impatriés Santé SwissLife

Votre adhésion est constituée de la présente Notice d'Information et de votre Certificat d'Adhésion.

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative
A 4916.0001 à 0005 - ASPI

Conditions **2019**

La garantie Santé des Impatriés

NOUVEAU

Téléconsultation avec
médecindirect
à vos côtés, où que vous soyez
Cf Annexe p.14

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

SwissLife

Version 06/02/2019

Cette notice d'information reprend les conditions générales du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative A 4916.0001 à 0005 souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI »).

SOMMAIRE

DÉFINITIONS 3

I. LE CONTRAT 4

ARTICLE 1	OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2	CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE	4
ARTICLE 3	ADHESION / INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES	4
ARTICLE 4	ADMISSION A L'ASSURANCE	4
ARTICLE 5	PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	5
ARTICLE 6	MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE	5
ARTICLE 7	CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES	6
ARTICLE 8	CALCUL DE VOTRE COTISATION	6
ARTICLE 9	PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	6
ARTICLE 10	DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS	6
ARTICLE 11	RENONCIATION A L'ADHESION	7
ARTICLE 12	PRESCRIPTION LEGALE	7
ARTICLE 13	EXAMEN DES RECLAMATIONS - MEDIATION	8
ARTICLE 14	DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION	8

II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX, MATERNITÉ 8

ARTICLE 1	PRESTATIONS GARANTIES	8
ARTICLE 2	TABLEAU DES GARANTIES SANTE	9 /10
ARTICLE 3	LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES	11
ARTICLE 4	ENGAGEMENT MAXIMUM	11
ARTICLE 5	ETENDUE TERRITORIALE	11
ARTICLE 6	DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE	11
ARTICLE 7	PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE	12
ARTICLE 8	DELAIS D'ATTENTE	12
ARTICLE 9	REGLEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 10	LES RISQUES EXCLUS	13

ANNEXE 14

LA TÉLÉCONSULTATION		14

La Notice d'information est un document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle doit obligatoirement être établie par l'Assureur, puis fournie par l'Association souscriptrice aux Adhérents (article L.141-4 du Code des assurances).

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

Association Santé Prévoyance Internationale
49 bd de Strasbourg - 59 000 Lille - FRANCE

l'**Association**

il a été souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social : 7 rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret - FRANCE
SA au capital de 150 000 000 € - 322.215.021 RCS Nanterre
Société régie par le Code des assurances

l'**Assureur**

SwissLife

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

DEFINITIONS

Accident :

toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Vous/Adhérent :

personne physique membre de l'Association qui adhère au Contrat, en paie la cotisation, et bénéficie des garanties.

Assuré :

personne physique mentionnée sur le Certificat d'adhésion pour laquelle une cotisation est réglée par l'Adhérent et sur laquelle repose le risque. Il s'agit de Vous et de vos Ayants droit (conjoint et enfants à charge tels que définis à l'article 3-I).

Association :

« Association Santé Prévoyance Internationale » (ASPI) est l'association (relevant de la loi de 1901) ayant souscrit le Contrat qui offre la possibilité à ses Adhérents de bénéficier des garanties décrites dans le tableau des garanties Santé (article 2-II).

Certificat d'adhésion :

ce document précise les garanties accordées par le Délégataire, la Franchise le cas échéant, l'affiliation à la C.F.E. le cas échéant, la date d'effet ainsi que les données vous concernant et celles de vos Ayants droit qui y sont mentionnés.

C.F.E. :

Caisse des Français de l'Etranger.

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), ou 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.

Cotisations :

somme payée par l'adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

Contrat :

c'est le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative A4916, souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI ») et régi par la loi française et par les Conditions générales et particulières.

Délai d'attente :

période durant laquelle une prestation n'est pas versée. Le Délai d'attente des différentes garanties est défini à l'article 8-II.

Délégataire :

tierce partie mandatée par l'Assureur et/ou par l'Association pour gérer les différentes tâches de gestion qui lui ont été confiées. Dans le cadre du Contrat, le Délégataire de l'Assureur et du Souscripteur est GAPI : 16 rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris - France,SAS au capital de 55.000 € - RCS PARIS 490 676 228, N° ORIAS 10056960.

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.

Entente Préalable :

avant d'engager certains frais de santé mentionnés à l'article 6, l'adhérent doit préalablement demander l'accord de l'assureur via son délégataire pour obtenir leur prise en charge effective.

Etablissement de Santé Eligible :

établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) qui, d'une part, est habilité à pratiquer des actes et à dispenser des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées et, d'autre part, détient toutes les autorisations administratives et sanitaires requises à cette fin.

Forfait journalier hospitalier :

lors de soins en France, il représente la part des frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation, non prise en charge par la Sécurité sociale française ou par la C.F.E. le cas échéant conformément à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale.

Frais inhabituels ou déraisonnables :

les frais médicaux qui ne correspondent pas aux tarifs habituellement pratiqués pour un service ou pour une prestation similaire et qui excèdent les tarifs normaux pour un tel service ou pour une telle prestation dans les meilleures conditions possibles dans la localité où le service ou la prestation est administré(e).

Franchise annuelle :

somme annuelle qui demeure à votre charge.

Hospitalisation :

séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans un Etablissement de Santé Eligible, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou des suites d'un Accident.

Impatrié :

Vous, Adhérent de l'Association qui résidez hors de votre pays de nationalité, seul ou avec vos Ayants droit (hors déplacements privés ou professionnels de moins de 90 jours consécutifs dans un autre pays que celui d'expatriation). Lorsque votre Pays d'expatriation est la France, vous êtes un Impatrié.

Maladie :

toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie Inopinée :

est reconnu atteint d'une Maladie inopinée, l'Assuré victime d'une atteinte neurologique mycotique ou ayant contracté l'une des maladies infectieuses suivantes : choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie amibienne ou bacillaire, grippe aviaire, méningite cérébro-spinale, oreillons, paludisme, poliomyélite, rougeole, scarlatine, tétanos, typhoïde, typhus, varicelle, variole, zona ou toute autre altération de la santé dont le Médecin conseil du Délégataire reconnait le caractère soudain et imprévisible.

Maternité :

grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

PACS :

Pacte Civil de Solidarité au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil.

Pays d'expatriation :

pays figurant dans l'une des Zones géographiques de garantie dans lequel Vous et vos Ayants droit résidez conformément à la définition d'Expatrié. Votre pays de nationalité ne peut coïncider avec votre Pays d'expatriation.

Période de couverture :

période durant laquelle l'Assureur est contractuellement tenu d'indemniser les risques qui surviendraient durant l'exécution du Contrat. La Période de couverture d'un risque débute au plus tôt à la date figurant dans le Certificat d'adhésion et cesse au plus tard à la date de fin d'adhésion.

Prise en charge directe hospitalière :

après accord préalable de l'assureur, l'adhérent (ou un ayant droit) hospitalisé pour un délai minimum de 24H peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais d'hospitalisation suivant les conditions précisées dans l' article7 « Prise en charge directe hospitalière ».

Questionnaire médical :

document retraçant vos antécédents médicaux et ceux de vos Ayants droit pour permettre au Médecin conseil du Délégataire d'évaluer le risque en matière de santé que vous représentez. Il doit dater de moins de 90 jours à la date d'adhésion ou d'inscription.

Rééducation :

l'Assuré ayant subi une intervention chirurgicale peut bénéficier de séances de rééducation dans un centre de rééducation uniquement après une Hospitalisation.

Téléconsultation :

Consultez un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou par visio 7J/7, 24H/24.
Se reporter à l'annexe « Téléconsultation »

Zone géographique de garantie :

la Zone géographique de garantie (Zone A, B, C ou D) est déterminée par votre Pays d'expatriation et est décrite à l'article 5-II. La garantie s'applique au remboursement des frais de santé qui ont été exposés dans la Zone géographique de garantie qui vous est applicable.

I. LE CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le Contrat « **Assur Travel Santé** » a pour objet le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés durant la Période de couverture par Vous et par vos Ayants droit résidant dans le même pays que le vôtre, lorsque ces derniers sont inscrits au Contrat. Ces prestations sont versées en complément des remboursements de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française, ou au premier Euro.

ARTICLE 2 - CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

Les garanties Santé s'exercent dans la limite du niveau de garantie que vous avez choisi parmi l'une des six Formules ci-dessous. Le niveau de prestation des garanties est croissant selon la Formule choisie. Ce choix est applicable à Vous et à vos Ayants droit.

- **Formule Basic :** elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans la Zone A, B ou C ;
- **Formule PREMIUM ACCESS :** elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans la Zone A, B ou C ;
- **Formule PREMIUM :** elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans le Zone A, B ou C ;
- **Formule CONFORT ACCESS ;**
- **Formule CONFORT ;**
- **Formule SUMMUM.**

De plus, vous pouvez choisir une **Franchise annuelle** de **150 €** ou de **300 €** applicable au montant de vos remboursements. Cette franchise s'applique par année civile.

Nota Bene : les garanties santé s'exercent dans la limite de la **Zone géographique de garantie** qui vous est applicable (Zone A, B, C ou D).

ARTICLE 3 - ADHESION/INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES

Vous, Adhérent
Pour pouvoir adhérer au Contrat souscrit par l'Association, vous devez réunir les conditions cumulatives suivantes :

- 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
Sont considérés comme des Ayants droit et peuvent donc bénéficier des garanties que vous avez souscrites :

- **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), ou 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.
Nota Bene : lorsque vous adhérez au Contrat en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., et que votre conjoint n'est pas reconnu comme étant à votre charge par l'un de ces organismes, il pourra bénéficier des garanties à condition qu'il soit individuellement affilié auprès d'un de ces organismes de base ;

- **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.

Nota Bene: lorsque vous adhérez au Contrat en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., les garanties des enfants à charge pourront être maintenues au-delà de leur 20ème anniversaire seulement s'ils sont inscrits individuellement auprès de cet organisme de base.

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

ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE

4.1 A la mise en place de l'adhésion, vous devez transmettre au Délégataire :
- le **bulletin d'adhésion** rempli et signé par vos soins ;
- le **Questionnaire médical** datant de moins de 90 jours avant la date d'effet souhaitée, rempli et signé par vos soins, pour Vous et pour vos Ayants droit. Il doit être transmis sous pli confidentiel au Médecin conseil du Délégataire ;
- le **certificat d'affiliation à la C.F.E.** lorsque la garantie est souscrite en complément des prestations versées par cet organisme ;
- les **documents permettant de justifier que vos Ayants droit répondent à la définition de l'article 3-I.**

Le Délégataire peut demander la transmission de tout complément d'information qu'il jugerait utile pour l'étude du dossier et pour l'appréciation du risque. De même, il se réserve la possibilité de demander à vos Ayants droit la transmission de tout autre document leur permettant de justifier de leur qualité d'Ayants droit.

L'ensemble des documents fournis au Délégataire constitue votre Dossier d'adhésion.

4.2 Vous êtes tenu d'aviser le Délégataire, par écrit, de tout changement d'adresse, de Pays d'expatriation et/ou de statut, et de l'informer des modifications relatives à votre situation familiale. **Les déclarations et communications formulées durant votre adhésion n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit au Délégataire.**

4.3 Après étude du Dossier d'adhésion, le Délégataire vous notifiera son acceptation par l'émission d'un **Certificat d'adhésion** mentionnant la date d'effet de l'adhésion et des garanties, vos nom et prénom(s) et ceux de vos Ayants droit, le niveau de garantie choisi, votre Pays d'expatriation et la Zone géographique de garantie correspondante, ainsi que le montant de votre cotisation.

En fonction des résultats de la sélection médicale, le Délégataire se réserve la possibilité :
- d'appliquer le cas échéant une surprime au montant de votre cotisation ;
- d'accepter un Assuré tout en excluant des frais de santé l'ensemble des frais liés à une pathologie précisée sur votre Certificat d'adhésion ;
- de refuser votre adhésion ou l'inscription d'un Ayant droit. Dans ce cas, le Délégataire vous notifiera son refus par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois de la réception du Dossier d'adhésion.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

5.1 Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit

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 Délégataire, 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 Délégataire le cas échéant ;
- de l'ouverture des droits à la C.F.E. 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 Délégataire 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 Délégataire 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 Délégataire 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 1er 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 Délégataire 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 Délégataire d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.

5.2 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 Délégataire 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.**

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE

6.1 En cas de changement de Pays d'expatriation, vous devez en informer le Délégataire, **par écrit,** 1 mois avant la date effective du changement. Lorsque cette modification entraîne un changement de Zone géographique de garantie, la couverture dans la nouvelle Zone et sa tarification vous seront applicables le premier jour du mois suivant la date effective du changement.

6.2 Vous choisissez le niveau de garantie au jour de votre adhésion, pour Vous et vos Ayants droit. Toutefois, il vous est possible de modifier le niveau de garantie antérieurement choisi selon les hypothèses définies au paragraphe 6.3 ci-dessous.
Vous devez en prévenir le Délégataire **par écrit.**
Le nouveau niveau de garantie et sa tarification seront applicables le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la lettre mentionnant expressément l'accord du Délégataire de souscrire le nouveau niveau de garantie souhaité.

6.3 Les hypothèses de modification du niveau de garantie

Vous pouvez modifier le niveau de garantie antérieurement choisi :

- **lors de chaque renouvellement annuel de votre adhésion** (1er janvier). Vous devez en avertir le Délégataire au moins 1 mois avant la date de modification ;
- en cas de **changement de situation familiale** (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage notoire, veuvage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce ou séparation de corps, dissolution du PACS, fin du concubinage notoire). Vous devez en avertir le Délégataire dans le mois suivant le changement de votre situation familiale ; l'ajout d'un nouveau bénéficiaire implique un nouveau bulletin d'adhésion renseigné accompagné du questionnaire médical de l'ayant droit supplémentaire concerné (exception faite de l'enfant né après l'adhésion et dont la naissance est déclarée dans les 30 jours consécutifs à celle-ci).
Dans le cas où l'ajout d'un bénéficiaire modifierait la structure initiale du contrat, les cotisations seraient revalorisées.
- en cas de **changement de Pays d'expatriation entraînant une modification de Zone géographique de garantie ;** vous devez en avertir le Délégataire au moins 1 mois avant le changement effectif de Pays d'expatriation.

6.3.1 En cas d'augmentation du niveau de garantie

Vous devez remplir un nouveau bulletin d'adhésion et fournir un nouveau Questionnaire médical pour Vous et pour vos Ayants droit. Le Délégataire se réserve la possibilité de refuser cette hausse de garantie.
Les Délais d'attente (article 8-II) sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet du nouveau niveau de garantie.

6.3.2 En cas de diminution du niveau de garantie

Si vous souhaitez opter pour un nouveau niveau de garantie inférieur au précédent, les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du trimestre civil qui suit la réception du nouveau bulletin d'adhésion (sans questionnaire médical).

6.4 Changement du type de garantie (en complément de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française, ou au 1er Euro)

En cas de changement de votre situation vis-à-vis de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française ayant pour conséquence le début ou la fin des droits à l'un de ces régimes vous pouvez, en cours d'adhésion, changer le type de garantie. Vous devez en prévenir le Délégataire par lettre recommandée accompagnée des documents justifiant de votre changement de situation, et de l'attestation d'affiliation à l'un de ces régimes le cas échéant. Le changement de type de garantie et sa tarification prendront effet le premier jour du mois civil suivant l'acceptation expresse du Délégataire, sous réserve de l'ouverture des droits au régime d'accueil le cas échéant.

ARTICLE 7 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Pour Vous, Adhérent

Votre adhésion et vos garanties cessent :

- **au 31 décembre en cas de résiliation de votre contrat par la compagnie ;**
- **au 31 décembre, si vous résiliez votre contrat lors du renouvellement annuel (art 5.1-1) ;**
- **au jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine ;**
- **en cas de non-paiement de votre cotisation (article 9.1-I) en application de l'article L.141-3 du Code des assurances. Toute cotisation payée pour l'exercice en cours est acquise et non remboursable ;**
- **au jour de la réception par le Délégataire d'une lettre indiquant que vous souhaitez résilier votre adhésion dans le cadre de votre droit de renonciation (article 11-I) ;**
- **à la date de votre décès ;**
- **dès que vous ne respectez plus une des conditions d'adhésion au Contrat (article 3-I) ;**
- **les garanties de la Formule SUMMUM cessent au premier renouvellement après votre 70ème anniversaire ou celui de l'un de vos Ayants droit ;**
- **au jour de votre affiliation à un régime obligatoire du Pays d'expatriation (article 5-1) ou à une mutuelle professionnelle obligatoire. La demande doit être adressée au délégataire accompagnée d'un justificatif de ce régime.**

Pour vos Ayants droit

L'inscription et les garanties de vos Ayants droit cessent :

- **en même temps que votre adhésion cesse dans les conditions définies ci-dessus ;**
- **dès qu'ils ne répondent plus à la définition de conjoint ou d'enfant à charge (article 3-I).**

ARTICLE 8 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

8.1 Si Vous et/ou vos Ayants droit adhérez /sont inscrits temporairement, ou en cas de départ intervenu en cours d'année, le montant de votre cotisation sera ajusté prorata temporis et la cotisation relative au dernier mois d'adhésion/d'inscription sera due pour le mois entier.

8.2 Les conditions tarifaires sont établies en fonction du niveau de garantie choisi (Formule BASIC, PREMIUM ACCESS, PREMIUM, CONFORT ACCESS, CONFORT, ou SUMMUM), du type de garantie (en complément des prestations versées par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française, ou au 1er Euro), de la Zone géographique de garantie (Zone A, B, C ou D) applicable, de votre tranche d'âge, de votre situation familiale (individuel ou famille) et de l'application d'une surprime, le cas échéant, suite à la sélection médicale.

8.3 Les âges pris en compte pour le calcul de la cotisation sont le vôtre et celui de vos Ayants droit au jour de l'appel de la cotisation.

L'Assureur se réserve le droit d'adapter le montant de votre cotisation le 1er avril de chaque année en fonction de l'évolution du coût médical des dépenses de santé de chaque pays, de la modification de la législation locale et des résultats techniques du Contrat souscrit auprès de l'Assureur.
En cas de modification de tarif, le nouveau montant de votre cotisation vous sera communiqué avec un préavis de UN MOIS et sera applicable à la prochaine échéance de cotisation soit au 1er janvier de l'année N+1 en cas de paiement annuel des cotisations, au 1er juillet de l'année n en cas de paiement semestriel des cotisations, et au 1er avril de l'année n en cas de paiement trimestriel des cotisations.

ARTICLE 9 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

9.1 Vous êtes responsable du versement de votre cotisation à l'Association ou à son Délégataire. La cotisation est payable par avance uniquement en Euro (€) par chèque, par virement bancaire, par carte bancaire sur le site internet sécurisé indiqué par le Délégataire, ou par prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou postal, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon le fractionnement et les modalités choisies sur votre bulletin d'adhésion. **Les frais bancaires restent à votre charge exclusive.**

Conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances, l'Association ou son Délégataire peut vous exclure du bénéfice du Contrat si vous cessez de payer votre cotisation. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi, par l'Association, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Association vous informe qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de votre adhésion. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous avez versées antérieurement.

9.2 Vous supportez tout impôt, charge et taxe, présents et futurs, applicables soit aux cotisations, soit aux sommes dues ou à devoir.

9.3 Les cotisations relatives à l'affiliation à la C.F.E. doivent être réglées directement à la C.F.E.

9.4 La cotisation est due jusqu'à la date de fin de votre adhésion. Après résiliation de votre adhésion, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation de votre compte client et ne pourra, sauf demande expresse de votre part acceptée par courrier du Délégataire, constituer une remise en vigueur tacite des garanties prévues par le Contrat.

ARTICLE 10 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

10.1 Conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, votre adhésion ou l'inscription de vos Ayants droit au Contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, quand bien même le risque omis ou dénaturé aurait été sans influence sur le sinistre.

10.2 Conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances :

- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion ou de l'inscription moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion ou de l'inscription au Contrat 10 jours après la notification adressée par le Délégataire par lettre recommandée ;**
- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.**

10.3 En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de vos Ayants droit, les cotisations que vous avez versées restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, au visa de l'article L. 113-8 alinéa 2 du Code des assurances.

ARTICLE 11 - 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 :

11.1 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 Délégataire procèdera 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 Délégataire 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.

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

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION LEGALE

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Délai de prescription
Article L.114-1 du Code des assurances
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement 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 eu 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription
Article L.114-2 du Code des assurances
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription
Article L.114-3 du Code des assurances
Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
Article 2240 du Code civil
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice
Article 2241 du Code civil
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée
Article 2244 du Code civil
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Etendue de la prescription quant aux personnes
Article 2245 du Code civil
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

ARTICLE 13 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant le Contrat, dans un premier temps, vous êtes invités à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du service réclamations : Service Réclamations des Assurances Collectives : SwissLife Prévoyance et Santé, Direction des Assurances Collectives, Service Réclamations, 7 rue Belgrand 92682 LEVALLOIS CEDEX.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées.
Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à la réclamation.

Après épuisement des procédures internes : la Médiation de l'assurance

L'association La Médiation de l'Assurance peut être saisie, après épuisement des procédures internes, en cas de refus partiel ou total de faire droit à la réclamation. Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour les litiges entre l'Assureur et le tiers bénéficiaires d'une garantie ou d'une prestation d'assurance. Il ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Le recours au Médiateur doit être adressé à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

ARTICLE 14 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, Swiss Life et ASSUR TRAVEL sont les responsables de traitement au titre du Contrat.

Les données collectées sont utilisées par Swiss Life et par ASSUR TRAVEL :
- Pour la passation, la gestion et l'exécution de ce contrat ;
- Pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- Pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer la situation de l'Assuré ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront lui être proposées.

Les données relatives aux Assurés sont également transmises aux mandataires, partenaires, sous-traitants et réassureurs ou organismes habilités des responsables de traitement pour les besoins de ces opérations.
Les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès ou de choisir d'en limiter l'usage. Si l'Assuré a consenti de manière expresse à certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son contrat.
L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime.
L'Assuré également s'opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des responsables de traitement pour des services et produits analogues.
Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Assuré peut s'adresser au délégué à la protection des données d'ASSUR TRAVEL pour exercer ses droits par email : dpo@assur-travel.fr ou par courrier à ASSUR TRAVEL à l'attention du DPO, 99 rue Parmentier - Zone Actiburo – 59650 Villeneuve d'Ascq.
Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil.
L'Assuré peut également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr).
Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (https://www.cnil.fr/).
La politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Pour plus d'informations : http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees. Nous pourrons l'expédier gratuitement à la demande de l'assuré à l'adresse indiquée dans ce contrat.

II. LA GARANTIE SANTE : HOSPITALISATION, FRAIS MEDICAUX, MATERNITE

ARTICLE 1 - PRESTATIONS GARANTIES

1.1 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 (article 2-II) et ou definies par les nomenclatures des actes professionnels de la sécurité sociale française ou par tout autre organisme similaire.

1.2 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.

1.3 Lorsque le remboursement des frais intervient en complément des remboursements de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française :

- le remboursement du Délégataire est subordonné à celui de ces organismes, étant entendu que toute intervention par l'un ou l'autre de ces régimes viendra en déduction des montants couverts par la garantie prévue au Contrat, conformément au paragraphe 1.4 ci-dessous ;
- seuls sont remboursables les frais pour lesquels la date de début des soins, telle qu'elle figure sur le bordereau de la C.F.E. ou celui de la Sécurité sociale française, est comprise entre les dates de prise d'effet et de fin d'adhésion (ou d'inscription).

1.4 Cumul d'assurances

Les prestations garanties par le Contrat viennent en complément des prestations de même nature qui pourraient être versées tant par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française, que par toute autre couverture complémentaire dont vous ou vos Ayants droit pourriez bénéficier, sans qu'aucun d'entre vous ne puisse percevoir au total un montant supérieur à celui des frais réellement engagés.
Vous devez avertir le Délégataire, le cas échéant, que Vous et/ou vos Ayants droit êtes assuré(s) auprès d'un ou de plusieurs autre(s) assureur(s) pour un même intérêt, contre un même risque, que ceux garantis par le Contrat « Assur Travel Santé ».

ARTICLE 2 - TABLEAU DES GARANTIES SANTE

GARANTIES 1/2

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

FORMULES	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 (en % des frais réels)						
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation de jour (1)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation psychiatrique (limité à 30 jours/an) (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Examens, analyses et pharmacie (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (1) (4)	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	120 € / jour	120 € / jour	180 € / jour
Lit d'accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (limité à 30 jours/an) (1) (4)	30 € /jour	30 € /jour	30 € /jour	45 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Forfait journalier (1) (4)	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) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un Accident (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Greffe d'organe (1) (4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport en ambulance terrestre (1)	90%	90%	90%	100%	100%	100%
Maternité (en % des frais réels)						
Maternité	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)
Dont frais d'accouchement (1)			100% dans la limite du plafond ci-dessus		100% dans la limite du plafond ci-dessus	100% dans la limite du plafond ci-dessus
Dont diagnostique des anomalies chromosomiques (1)			100% dans la limite du plafond ci-dessus		100% dans la limite du plafond ci-dessus	100% dans la limite du plafond ci-dessus
Dont test de dépistage du VIH (1)			100% dans la limite du plafond ci-dessus		100% dans la limite du plafond ci-dessus	100% dans la limite du plafond ci-dessus
Dont séances de préparation à l'accouchement (1)			100% max. 5 séances 25€/séance (inclus dans le plafond ci-dessus)		100% max. 5 séances 40€/séance (inclus dans le plafond ci-dessus)	100% max. 5 séances 60€/séance (inclus dans le plafond ci-dessus)
Accouchement chirurgical (1) (4)	non garanti	non garanti	100% (max. 5000 €/an)	non garanti	100% max. 10000 €/an (6000 €/an en Zone A + France)	100% max. 15000 €/an (6000 €/an en Zone A + France)
FIV - Stérilité (pharmacie, fécondation in vitro, analyses, examen de suivi) (1) pour les femmes avant 45 ans	non garanti	non garanti	non garanti	non garanti	100% (max. 1000 €/an et max. 3 FIV/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 actes en série (>10 séances)
(3) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 300€
(4) Prise en charge directe possible

ARTICLE 2 (suite) - TABLEAU DES GARANTIES SANTE

GARANTIES 2/2

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

FORMULES	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 (2)	non garanti	80% (max. 40 €/acte)	80% (max. 40 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 120 €/acte)
Téléconsultation médecindirect à vos côtés, où que vous soyez	100% des frais réels	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) (3)	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Actes d'analyses médicales (5)	non garanti	80%	80%	90%	90%	100%
Actes de radiologie (y compris IRM) (5)	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Frais pharmaceutiques et vaccins	non garanti	90%	90%	100%	100%	100%
Médecines douces : chiropractie, ostéopathie, acuponcture, 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 d'appareillage (1)	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 (1)	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 1ère année)	-	2000€/an (1000€ la 1ère année)	3000€/an (1500€ la 1ère année)
Soins dentaires (5)	non garanti	non garanti	90%	non garanti	100%	100%
Prothèses dentaires (y compris inlays onlays) (1)	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) (1)	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 actes en série (>10 séances)
(3) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 300€
(4) Prise en charge directe possible
(5) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 500 €

ARTICLE 3 - LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES

3.1 Les Frais inhabituels ou déraisonnables peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie par le Délégataire. Pour apprécier le caractère « inhabituel ou déraisonnable » des frais de santé ainsi que pour décider du refus ou de la limitation du montant de garantie, le Délégataire prendra en compte les frais ordinairement applicables pour un service ou une prestation similaire, dans les meilleures conditions possibles dans la localité où le service ou la prestation a été administré(e).

3.2 Les frais de santé exposés dans un Etablissement de Santé Eligible privé sont uniquement remboursés si cet établissement a été régulièrement et préalablement autorisé par les Autorités compétentes du pays.

3.3 Le Délégataire se réserve le droit d'effectuer tout contrôle médical ou administratif en cas de Frais inhabituels ou déraisonnables. Il peut vous convoquer ou convoquer vos Ayants droit pour un contrôle sauf en cas d'incompatibilité avec votre/leur état de santé. Les frais de transport resteront à votre charge exclusive.

3.4 Les frais qui ont fait l'objet d'un refus de prise en charge par le Délégataire restent à votre charge exclusive.

ARTICLE 4 - ENGAGEMENT MAXIMUM

Les garanties du Contrat s'exercent jusqu'à concurrence des sommes suivantes par Assuré et par année civile d'assurance, y compris les prestations versées par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française :

- 750.000 € pour la formule BASIC ;
- 750 000 € pour la Formule PREMIUM ACCESS ;
- 1 500 000 € pour la Formule PREMIUM ;
- 1 500 000 € pour la formule CONFORT ACCESS ;
- 2 000 000 € pour la Formule CONFORT ;
- 2 500 000 € pour la SUMMUM.

ARTICLE 5 - ETENDUE TERRITORIALE

ZONE A	ZONE B	ZONE C	ZONE D
Afrique (hors Afrique du Sud) Belgique et France.	Pays non listés dans les Zones A, C et D.	Brésil, Chine, Espagne, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Emirats Arabes Unis et Australie.	Canada, Japon et Bahamas.

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

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.

5.2 En cas d'Hospitalisation d'urgence suite à accident ou à une 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.

ARTICLE 6 - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

6.1 Pour l'ensemble des actes énumérés au paragraphe 6.2 ci-dessous, vous devez demander l'accord préalable du Délégataire sur les modalités de réalisation des soins. La demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur et doit comporter la pathologie et la durée prévisible du traitement.

Vous devez faire parvenir au Médecin conseil du Délégataire, sous pli confidentiel, au moins deux semaines avant le début de l'exécution des actes médicaux, la demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien. Le Médecin conseil se réserve le droit de demander des documents complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande.

6.2 L'accord préalable du Délégataire doit être demandé pour tous les frais énumérés ci-dessous.

Hospitalisation

- tous les frais relevant de cette garantie.

En cas d'urgence (Accident ou Maladie inopinée), la demande d'entente préalable doit être adressée au Délégataire dans les 5 jours qui suivent l'entrée à l'Etablissement de Santé Eligible (hôpital ou clinique), avec mention du caractère urgent de l'Hospitalisation.
Exceptionnellement, ce délai pourra être prolongé si le Délégataire atteste que la situation manifestement urgente dans laquelle vous étiez rendait impossible d'effectuer une demande d'entente préalable dans les délais impartis.

Pour toute prolongation de l'Hospitalisation, au-delà de 10 jours consécutifs, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 10 jours. Elle doit parvenir au Délégataire dans les 48 heures qui suivent la fin de ladite période.

Maternité

- les frais relatifs à l'accouchement ;
- les frais relatifs à l'accouchement chirurgical ;
- les frais relatifs à une fécondation in vitro.

En cas d'urgence (complication liée à la maternité ou accouchement à une date imprévue), l'entente préalable doit être demandée dans les mêmes conditions que pour une Hospitalisation d'urgence.

Frais médicaux courants

- les actes d'auxiliaires médicaux pratiqués en série, dès lors que leur nombre est supérieur à 10 par prescription et par Assuré (l'entente préalable doit également être demandée en cas de renouvellement d'une prescription de moins de 10 actes portant le nombre des actes à plus de 10) ;
- les frais d'actes techniques médicaux lorsque leur montant est supérieur à 300 € ;
- les frais d'actes de radiologie, d'imagerie médicale et d'analyses médicales lorsque leur montant est supérieur à 500 €.

Dentaire

- les frais dentaires dont le coût est supérieur à 500€ ;
- les prothèses et implants dentaires (y compris inlays et onlays) ;
- les traitements orthodontiques (enfants de moins de 16 ans, 3 ans maximum pour toute la durée de l'adhésion).

Optique

- les frais de traitement de la chirurgie réfractive de l'œil.

Autres prothèses

- les frais d'appareillages et de prothèses médicales.

6.3 En cas de non-respect de la procédure d'entente préalable, le remboursement des prestations vous sera refusé. Les prestations remboursables qui ont fait l'objet d'un refus par le Délégataire restent à votre charge exclusive.

ARTICLE 7 - PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE

7.1 La prise en charge directe hospitalière est le paiement des frais de santé, par le Délégataire, directement à l'Etablissement de Santé Eligible.

7.2 Sous réserve du respect de la procédure de l'entente préalable (article 6-II), le Délégataire 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.

ARTICLE 8 - DELAIS D'ATTENTE

8.1 Les garanties du Contrat sont acquises après un Délai d'attente de :

- **3 mois** pour les frais d'Hospitalisation sauf en cas d'Accident ou de Maladie inopinée ;
- **3 mois** pour les frais de soins dentaires et parodontologie ;
- **6 mois** pour les frais de kinésithérapie, s'ils ne sont pas dus à une intervention chirurgicale garantie ;
- **9 mois** pour les frais de prothèses dentaires, l'orthodontie, les frais d'optique et pour les autres prothèses ;
- **10 mois** pour les frais de Maternité.

8.2 Ces Délais d'attente sont applicables :

- à l'adhésion ou à l'inscription au Contrat ;
- en cas d'augmentation de la garantie : dans ce cas, durant le Délai d'attente, vous et vos Ayants droit êtes couverts par votre ancien niveau de garantie.

Les Délais d'attente énumérés au paragraphe 8.1 ci-dessus, **sauf pour la garantie Maternité**, peuvent être levés si vous justifiez d'une couverture équivalente dans le mois qui a précédé votre adhésion en transmettant au Délégataire un certificat de radiation.

ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

9.1 Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez faire parvenir au Délégataire 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 Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **décomptes des prestations** de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française lorsque la garantie est souscrite en complément des prestations versées par l'un de ces organismes ;
- Pour les **soins effectués en France** : la **feuille CERFA** remplie par le praticien, la pharmacie ou l'Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **reçus délivrés par les pharmacies** avec la prescription relative ;
- L'**accord du Délégataire** pour les soins soumis à une demande d'entente préalable (article 6-II) ;
- Si les frais ont été engagés hors de la Zone géographique de garantie qui vous est applicable : la preuve que les frais engagés sont bien des prestations garanties.

Pour les factures de soins de moins de 500 €, un scan ou une photographie des factures de soins et des prescriptions sont acceptés.
Néanmoins, le Délégataire ou la Compagnie se réserve le droit de demander les originaux pour procéder aux remboursements.

9.2 Les demandes de remboursements doivent être présentées au Délégataire, sous peine de déchéance, dans un délai de deux ans à compter de la date de début des soins.

9.3 Le paiement est effectué à votre ordre ou à celui d'un mandataire que vous aurez expressément désigné.

9.4 Si votre Pays d'expatriation est en dehors de la zone Euro, vous pouvez vous faire payer les prestations par virement bancaire, sur un compte étranger et dans la devise de votre choix selon le taux de change en vigueur à la date du jour du traitement de la demande de remboursement, sur la base des journaux financiers utilisés par l'Assureur ou par son Délégataire.

ARTICLE 10 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les risques suivants :

- Pathologies et troubles addictifs : les traitements des, ou des suites de, pathologies et troubles addictifs, ou de la consommation ou de l'abus de toutes substances, drogues ou alcool. Les traitements comprennent notamment les cures de désintoxication, les psychanalyses, les psychothérapies ;
- Conflit et catastrophe : le traitement de toute affection, maladie ou blessure résultant d'une contamination nucléaire ou chimique, guerre, émeute, révolution, actes de terrorisme, rixe ou événements similaires, dans lequel l'Assuré a pris une part active. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- Soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique : le traitement entrepris pour des raisons esthétiques ou psychologiques pour mettre en valeur l'apparence, sauf si le traitement est une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident de l'Assuré survenu pendant la Période de couverture ou une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un cancer du sein ;
- Les traitements pour le blanchiment des dents même sur prescription médicale et exécutés par un praticien qualifié ;
- Don d'organes : les frais engagés pour l'acquisition d'un organe, notamment l'ablation d'un organe d'un donneur, l'ablation d'un organe de l'Assuré dans le but d'une transplantation sur une autre personne, les tests de compatibilité, le transport de l'organe donneur et le coût des procédures administratives ;
- Traitements expérimentaux : le traitement, y compris les médicaments, qui de l'avis raisonnable de l'Assureur ou de son Délégataire, est expérimental ou dont l'effectivité n'a pas été prouvée sur la base de pratiques médicales établies, et qui n'a pas été agréé par les autorités officielles du pays où l'Assuré a reçu les soins ;
- Thalassothérapie : les frais de séjour, le traitement ou les services reçus dans des centres de thalassothérapie, station thermale, ou établissements assimilés, même sur prescription médicale,
- Les traitements visant au soulagement des symptômes dus au vieillissement, ou à une autre cause physiologique naturelle ;
- Blessures volontaires : le traitement résultant de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'Assuré lui-même, lors d'une tentative de suicide ;
- Sport et loisirs : les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports ou de loisirs à titre professionnel, et des conséquences de la participation à des sports dangereux, compétitions dangereuses ou loisirs notamment sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports de montagne hors-piste, plongée sous-marine (sauf celle pratiquée en tant que loisir à moins de 50 mètres de profondeur), sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens ;
- Les dépenses de confort liées à une Hospitalisation qui ne sont pas prévue par la garantie, telles que les journaux, les repas des visiteurs, les abonnements et consommation téléphoniques, les abonnements de télévision et les produits cosmétiques ;
- Toutes dépenses d'usage personnel, notamment l'alcool, le dentifrice, le shampoing, et l'habillement,
- Etablissement de Santé ou praticien non reconnu : le traitement administré par un praticien qui n'est pas reconnu par les autorités officielles du pays où les soins ont été donnés ;
- Traitement dans un Etablissement de Santé, ou effectué par un praticien ou tout autre prestataire de services, qui a été informé par l'Assureur ou par son Délégataire, par notification écrite, qu'il n'est plus reconnu aux fins d'assurance ;
- Traitement relatifs à tout type de contraception non remboursable par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française, stérilisation, interruption de grossesse ou planning familial sauf en cas de danger avéré pour la santé de la femme enceinte ;
- Le diagnostic et les traitements de l'obésité tels que les tests et les cures d'amaigrissement ;
- Les traitements des maladies de croissance tels que les hormones de croissance ;
- Le traitement des troubles de la personnalité, notamment les troubles affectifs, les troubles de la personnalité histrionique, les troubles du comportement, la personnalité schizoïde, les troubles du spectre autistique, les troubles obsessionnels compulsifs, l'hyperactivité, le trouble de l'adaptation, les troubles alimentaires et les traitements conçus pour encourager les relations socio-émotionnelle, comme les thérapies par la communication sauf en cas de traitement psychiatrique par un médecin psychiatre par opposition à la psychanalyse, à la psychothérapie ou au coaching ;
- Les tests génétiques pour déterminer les risques de développement d'une maladie lorsque la maladie ne s'est pas déclarée, sauf lorsqu'ils sont remboursés par la Sécurité Sociale française ou par la C.F.E. ;
- Les diagnostics et les traitements de la perte de cheveux sauf si elle est due au traitement d'un cancer ;
- Le traitement des problèmes de nature sexuelle, notamment l'impuissance, le changement de sexe et la réfaction sexuelle ;
- Les frais de transport engagés pendant le traitement, sauf s'ils sont couverts dans le poste Hospitalisation ;
- Les frais relatifs au traitement des complications dues à une maladie ou à une blessure exclue ;
- Les traitements relatifs à la gestation pour autrui, que l'Assuré soit la mère porteuse ou le parent d'accueil ;
- Les équipements médicaux non classés comme prothèses ou appareillage ;
- Les traitements de soin des pieds, tel que les cors, les cornes et les ongles, non remboursables par la CFE ou la sécurité sociale française ;
- Le séjour dans un Etablissement de Santé Eligible (hôpital ou clinique) dans d'autres buts que celui de recevoir un traitement, tel que la convalescence, les soins infirmiers généraux ou la surveillance, ou lorsque le traitement administré ne nécessite pas un séjour dans un Etablissement de Santé Eligible, tel que l'aide à des activités de la vie courante ou les services d'un thérapeute ou d'un auxiliaire médical. N'est pas exclue la garantie fournissant un lit d'accompagnant lorsque l'enfant hospitalisé est âgé de moins de 16 ans ;
- Les produits classés comme vitamines ou minéraux ainsi que les compléments alimentaires sauf au cours d'une grossesse s'ils font l'objet d'une prescription médicale ;
- Les frais engagés avant la date de prise d'effet ou après la date de résiliation de l'adhésion ;
- Les frais qui ne sont pas ou qui n'auraient pas été pris en charge par la C.F.E. ou par la Sécurité Sociale française, à l'exception des lentilles, de la chambre particulière, du forfait journalier, des médecines douces, du traitement de la myopie au laser et du bilan de santé ;
- Les frais non pris en charge par la C.F.E. suite au non-paiement des cotisations C.F.E. ;
- Les frais de médecine préventive non remboursés par le Contrat.

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

SwissLife

LA TÉLÉCONSULTATION, COMMENT ÇA MARCHE ?

médecindirect
à vos côtés, où que vous soyez

Une question de santé ? Consultez un médecin français 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.

Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

1

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

2

Remplissez le formulaire d'inscription et renseignez votre numéro d'adhérent GAPI. Votre inscription sera automatiquement reconnue et gratuite.

3

Connectez-vous avec votre adresse e-mail (votre identifiant) et le mot de passe que vous avez choisi lors de votre inscription.

4

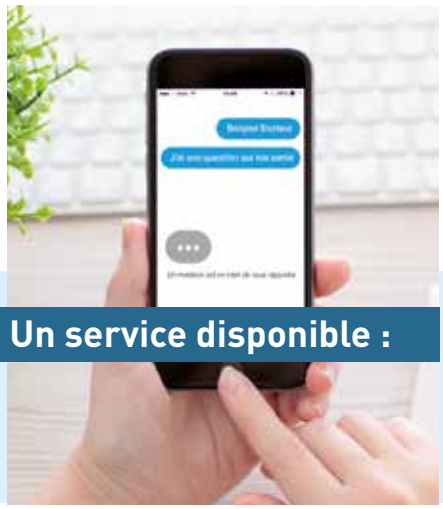
Renseignez le code de validation, (à ne pas confondre avec votre mot de passe) qui vous sera demandé à chaque connexion, pour assurer une sécurité totale de vos données personnelles. Vous pouvez choisir de le recevoir par email ou sms.

5

Une fois votre compte créé, validez votre identité. Cette étape est obligatoire si vous souhaitez pouvoir recevoir une ordonnance.

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.