

**NOTICE  
D'INFORMATION**

**Expatriés Santé  
L'ÉQUITÉ ASPI 0220  
Réf. EQ/AT/0531 E-DG**

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

**Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative  
ASSUR-TRAVEL N° 7163221**



Conditions 2021

# La garantie Santé des Expatriés



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité



Cette notice d'information reprend les conditions générales du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative L'ÉQUITÉ n°7163221 souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI »).

## SOMMAIRE

<b>DEFINITIONS</b>	<b>3</b>	<b>II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX, MATERNITÉ</b>	<b>10</b>
<b>I. LE CONTRAT</b>	<b>4</b>	ARTICLE 1 PRESTATIONS GARANTIES	10
ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	4	ARTICLE 2 TABLEAU DES GARANTIES SANTE	11 /12
ARTICLE 2 CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE	4	ARTICLE 3 LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES	13
ARTICLE 3 ADHESION / INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES	4	ARTICLE 4 ENGAGEMENT MAXIMUM	13
ARTICLE 4 ADMISSION A L'ASSURANCE	4	ARTICLE 5 ETENDUE TERRITORIALE	13
ARTICLE 5 PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	5	ARTICLE 6 DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE	13
ARTICLE 6 MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE	5	ARTICLE 7 PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE	14
ARTICLE 7 CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES	6	ARTICLE 8 DELAIS D'ATTENTE	14
ARTICLE 8 CALCUL DE VOTRE COTISATION	6	ARTICLE 9 REGLEMENT DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 9 PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	6	ARTICLE 10 LES RISQUES EXCLUS	15
ARTICLE 10 DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS	6	<b>ANNEXE</b>	<b>16</b>
ARTICLE 11 RENONCIATION A L'ADHESION	7	LA TÉLÉCONSULTATION	16
ARTICLE 12 PRESCRIPTION LEGALE	7		
ARTICLE 13 EXAMEN DES RECLAMATIONS - MEDIATION	8		
ARTICLE 14 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	8		
ARTICLE 15 SUBROGATION	10		
ARTICLE 16 DISPOSITIONS DIVERSES	10		
ARTICLE 17 ARBITRAGE	10		

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

l'Association

il a été souscrit auprès de :

**L'ÉQUITÉ**

SA au capital de 22 469 320 euros. Entreprise régie par le Code des assurances  
- 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société  
appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes  
d'assurances sous le numéro 026.

l'Assureur



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 Délégué, 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'Étranger.

### 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 7163221, 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.

### Délégué :

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 Délégué 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 délégué 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.

### Expatrié :

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.

### Forfait journalier hospitalier :

lors de soins en France, il représente la part des frais d'hébergement et d'entretien entraînés d'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.

### 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 Délégué reconnaît 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'article 7 « Prise en charge directe hospitalière ».

**Questionnaire médical :**

document retraçant vos antécédents médicaux et ceux de vos Ayants droit pour permettre au Médecin conseil du Délégué 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.

## 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 cinq 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.

**Vous êtes expatrié en zone A,B,C et D :**

- FORMULE PREMIUM ACCESS
- FORMULE PREMIUM
- FORMULE CONFORT ACCESS
- FORMULE CONFORT
- FORMULE SUMMUM

**Vous êtes expatrié en zone E :**

- FORMULE CONFORT
- FORMULE SUMMUM

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

**Franchise 150 :**

Cette franchise s'applique à hauteur de 150€ en souscription individuelle, 300€ en souscription couple, 450€ en souscription famille.

**Franchise 300 :**

Cette franchise s'applique à hauteur de 300€ en souscription individuelle, 600€ en souscription couple, 900€ en souscription famille.

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

**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.

**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, D ou E) 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.

**Vos Ayants droit**

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

- **vos 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 Délégué :

- 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 Délégué ;
- 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 Délégué 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 Délégué constitue votre Dossier d'adhésion.

**4.2** Vous êtes tenu d'aviser le Délégué, 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 Délégué.**

**4.3** Après étude du Dossier d'adhésion, le Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 RENOUELEMENT 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 Délégué, sous réserve :

- de l'acceptation de votre adhésion suite à la sélection médicale ;
- du paiement intégral de votre première cotisation ;
- de l'acceptation de la surprime vous ayant été proposée par le Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué ne prendra en charge que les frais engagés à partir de la date de prise d'effet des garanties et pour la durée de la Période de couverture.**

## ARTICLE 6 - MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE

**6.1** En cas de changement de Pays d'expatriation, vous devez en informer le Délégué, **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 Délégué **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 Délégué 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** (1<sup>er</sup> janvier). Vous devez en avertir le Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 1<sup>er</sup> 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 Délégué 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 Délégué, 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 9.1-1) 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 Délégué d'une lettre indiquant que vous souhaitez résilier votre adhésion dans le cadre de votre droit de renonciation (article 11-1) ;
- à la date de votre décès ;
- dès que vous ne respectez plus une des conditions d'adhésion au Contrat (article 3-1) ;
- 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 délégué 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 3-1).

**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 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, D ou E) 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.

**8.4** Lorsque l'assuré atteint ses 65 ans, le tarif famille correspond à la somme des tarifs individuels des membres de la famille.

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

**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 Délégué les montants perçus dans un délai de 30 jours.

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

**ARTICLE 12 - PRESCRIPTION LEGALE**

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des Assurances :

**Article L 114-1 :**

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 fautive 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 2. les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

**Article L 114-2 :**

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.

**Article L 114-3 :**

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.

**Conformément au Code civil :**

«Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

**Article 2240**

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

**Article 2241**

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**

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

**Article 2243**

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.

**Article 2244**

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.

**Article 2245**

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**

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.»

**ARTICLE 13 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION****• Examens des réclamations**

Pour toute question relative à la gestion de votre contrat, GAPI est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si votre demande n'est pas résolue, vous pouvez adresser votre **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à L'ÉQUITÉ - Cellule qualité - 7 Bd Haussmann - 75442 PARIS Cedex 09 - qualite@generali.fr

Nous accuserons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception et vous préciserons le délai prévisible de traitement de celle-ci.

**Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire** et que votre demande relève de son devoir de conseil ou d'information ou des conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

**• Médiation**

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

**ARTICLE 14 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES****• Identification du responsable de traitement**

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'ÉQUITÉ est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

GAPI, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels des traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

**• Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement**

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entrainer des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins

**• Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.****Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :**

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

**La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.





#### • **Clause spécifique relative à la fraude**

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par AssurTravel. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de AssurTravel. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

#### • **Clause spécifique relative aux obligations réglementaires**

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

#### • **Les destinataires ou les catégories de destinataires**

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

#### • **Localisation des traitements de vos données personnelles**

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

#### • **Les durées de conservation**

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

#### • **L'exercice des droits**

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,

- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,

- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,

- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,

- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

**- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.**

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : dpo@gapigestion.com

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

#### • **Droit d'introduire une réclamation**

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

#### • **Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles**

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : dpo@gapigestion.com

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr



### ARTICLE 15 - SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'adhérent, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 121-12 du Code des Assurances : LA COMPAGNIE est subrogée, à concurrence des sommes versées par elle, dans les droits et actions de l'adhérent, contre tout tiers responsable du sinistre.

### ARTICLE 16 - DISPOSITIONS DIVERSES

Loi applicable – tribunaux compétents : Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit Français.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des Tribunaux Français.

Langue utilisée : La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue Française.

### ARTICLE 17 - ARBITRAGE

Tous les litiges auxquels le présent contrat pourra donner lieu, seront résolus par voie d'arbitrage. Chacune des parties nomme un arbitre et les 2 arbitres réunis nomment le troisième. Faute par l'une des parties de nommer son arbitre dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'une ou l'autre des parties de la mise en œuvre de la clause d'arbitrage, ou par les 2 arbitres de s'entendre sur la nomination du troisième dans un délai égal, il y sera pourvu par le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé sur l'assignation de la partie la plus diligente. Les arbitres sont dispensés de suivre les formes habituelles de la procédure, et décident en dernier ressort : la sentence arbitrale est exécutoire et définitive. Elle doit être prononcée dans un délai de 6 mois à compter de la constitution du tribunal arbitral. Pour les frais d'arbitrage, les parties se soumettent également à la décision des arbitres.

## 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 définies par les nomenclatures des actes professionnels de la sécurité sociale française ou par la Caisse des Français de l'Étranger.

**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 Délégué 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 Délégué, 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****BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES**

Les prestations ci-après sont limitées à la différence entre les frais réellement exposés et les prestations correspondantes de tout organisme dont pourrait relever l'intéressé.

**PLAFOND GLOBAL :** pour les expatriés de la zone E uniquement (USA, CANADA, JAPON, SUISSE) : 500.000 Euros quelque soit la formule souscrite.

Les remboursements interviennent après déduction d'une franchise par année civile dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion.

Les limites figurant dans ce tableau s'entendent pour l'ensemble des prestations reçues par l'adhérent et l'assuré y compris celles des autres organismes dont il pourrait relever. Les montants annuels représentent des plafonds qui ne peuvent être dépassés, ni reportés.

**GARANTIES 1/2**

ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
<b>H Hospitalisation (1) (3)</b>					
Hospitalisation chirurgicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation médicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Examens, analyses et pharmacie	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes médicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière	60 € / jour	60 € / jour	120 € / jour	120 € / jour	200 € / jour
Lit d'accompagnement	30 € / jour	30 € / jour	45 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Forfait journalier	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Consultations externes liées à une hospitalisation	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chirurgie ambulatoire de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Rééducation immédiate suite à hospitalisation	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2500 €/an
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à accident	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du cancer	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du sida	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Greffe d'organe	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors la zone d'expatriation, durée de déplacement maxi 60 jours)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Transport en ambulance	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>M Maternité</b>					
Maternité (1) (3)	100 % des Frais réels maxi 2500 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an maxi 3000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 7500 € / an maxi 4000€ / an pour Zone A + France
dont frais d'accouchement et ses suites	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont Séances de préparation à l'accouchement	maxi 5 séances 25 €/séance	NON	maxi 5 séances 40 €/séance	NON	maxi 5 séances 60 €/séance
dont test de dépistage du VIH	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont diagnostic des anomalies chromosomiques	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Accouchement avec chirurgie (1) (3)	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 10 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 15 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France
FIV- Stérilité (1) (pharmacie, Fécondation in vitro, Analyses, Examens de suivi)	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat	NON	100 % des Frais réels maxi 1500 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat
Transport en ambulance	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels

(1) Après entente préalable.


(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 1000€ ou actes en séries supérieurs à 10.

(3) Avance des frais si hospitalisation de plus de 24 heures.



## ARTICLE 2 (suite) - TABLEAU DES GARANTIES SANTE

## GARANTIES 2/2

ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
<b>Médecine courante</b>					
Honoraires médicaux	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Généraliste	maxi 40 €	maxi 40 €	maxi 100 €	maxi 100 €	maxi 150 €
Spécialiste	maxi 60 €	maxi 60 €	maxi 130 €	maxi 130 €	maxi 170 €
Pharmacie	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux (2) : Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 200 € par acte
Téléconsultation  <small>à vos côtés, où que vous soyez</small>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Biologie médicale et Radiologie (y compris IRM) (2)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes techniques médicaux (Hors établissement hospitalier) (2)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>Prévention</b>					
Bilan de santé (un bilan tous les 2 ans)	NON	NON	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 400 € / bilan
Acte de prévention	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Vaccins	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer du sein (une mammographie tous les 2 ans, pour les femmes de 50 ans et plus)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer de la prostate (examens de dépistage pour les hommes de 50 à 75 ans)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
<b>Médecines Douces</b>					
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Médecine traditionnelle chinoise (limitée à Chine, Thaïlande, Hong-Kong, Singapour, Vietnam)	80 % des Frais réels maxi 30 € / acte et un maxi de 240 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 50 € / acte et un maxi de 800 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 70 € / acte et un maxi de 1600 € / an
<b>Optique</b>					
Verres + Monture	90 % des Frais réels maxi de 300 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 € / an
Lentilles (jetables comprises)	100 € / an	NON	260 € / an	NON	300 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil (1)	90 % des Frais réels maxi de 300 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 € / an
<b>Dentaire</b>					
	Maxi de 1000 € / an Franchise 50 % 1 <sup>ère</sup> année		Maxi de 2000 € / an Franchise 50 % 1 <sup>ère</sup> année		Maxi de 2500 € / an Franchise 50 % 1 <sup>ère</sup> année
Soins dentaires (2)	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Prothèses dentaires y compris implants (1)	90 % des Frais réels maxi 300 € / dent	NON	100 % des Frais réels maxi 450 € / dent	NON	100 % des Frais réels maxi 600 € / dent
Orthodontie des enfants (1) (lim. 3 ans, age lim. 16 ans)	90 % des Frais réels maxi 600 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1200 € / an
<b>Prothèses médicales</b>					
Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement (1)	80 % des Frais réels maxi 300 € / an	NON	90 % des Frais réels maxi 600 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an

(1) Après entente préalable.

(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 1000 € ou actes en séries supérieurs à 10.

(3) Avance des frais si hospitalisation de plus de 24h00.



### 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 Délégué. 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué restent à votre charge exclusive.**

### ARTICLE 4 - ENGAGEMENT MAXIMUM

Pour les expatriés en zone E aux USA, CANADA, JAPON et SUISSE les garanties du Contrat s'exercent jusqu'à 500.000 € par Assuré et par année civile d'assurance y compris les prestations versées par la CFE ou par la Sécurité sociale française.

### ARTICLE 5 - ETENDUE TERRITORIALE

ZONE A	ZONE B	ZONE C	ZONE D	ZONE E
Monde entier excepté pays cités en zone B,C,D,E.	Allemagne, Chili, Chine, Espagne, Mexique.	Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Israël, Italie, Qatar, Russie.	Brésil, Hong Kong, Emirats Arabes Unis, Liban, Royaume Uni, Singapour.	USA, Canada, Japon, Suisse.

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,C,D si votre zone géographique de garantie est la zone E ;
- 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'urgence, suite à un accident ou à une maladie inopinée, les frais de santé d'urgence 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 Délégué 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 Délégué, 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 1000 € ;
- les frais d'actes de radiologie, d'imagerie médicale et d'analyses médicales lorsque leur montant est supérieur à 1000 €.



#### Dentaire

- les frais dentaires dont le coût est supérieur à 1000€ ;
- 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.



#### Prothèses médicales

- Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement.

**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 Délégué 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 Délégué, directement à l'Etablissement de Santé Eligible.

**7.2** Sous réserve du respect de la procédure de l'entente préalable (article 6-II), le Délégué délivre une prise en charge directe pour les frais suivants :

**H 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.**

**M Maternité**

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

**ARTICLE 8 - DELAIS D'ATTENTE**

Les délais d'attente, sauf celui pour la maternité et les traitements de la stérilité, **peuvent être supprimés** si l'adhérent bénéficiait auprès d'un autre assureur de garanties similaires sans interruption de garanties supérieure à 30 jours, et s'il fournit l'attestation de garanties du précédent Assureur : dans ce cas, l'Assureur pendant le délai d'attente, peut limiter ses remboursements au niveau des garanties antérieures lorsque celles-ci sont inférieures.

Le bénéfice des prestations sera effectivement acquis par l'adhérent et ses éventuels ayants droits, qu'après expiration des délais d'attente variables selon la nature des frais engagés :

- Hospitalisation sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée :	3 mois
- Prothèses dentaires :	9 mois
- Implants dentaires :	9 mois
- Prothèses :	9 mois
- Soins orthodontiques :	9 mois
- Optique :	9 mois
- Maternité (frais liés à la maternité : grossesse, accouchement et ses suites) :	10 mois
- Traitement de la stérilité :	10 mois

**Le délai d'attente de 3 mois pour les frais d'hospitalisation est supprimé en cas d'accident ou de maladie inopinée.**

**ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS**

**9.1** Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez faire parvenir au Délégué 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 Délégué** 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 1000 €, un scan ou une photographie des factures de soins et des prescriptions sont acceptés.

Le délégué ou la compagnie se réserve le droit de demander des originaux pour procéder aux remboursements, ainsi que toute pièce justificative pour analyser la demande de prise en charge.

**9.2 Les demandes de remboursements doivent être présentées au Délégué, 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 Délégué.



## ARTICLE 10 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les risques suivants :

- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires notamment des médicaments incluant ces substances dans des doses non prescrites par un médecin,
- Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- Les frais de transport relatifs à une prestation non garantie,
- Les frais liés à un état pathologique ou à des blessures, constitués antérieurement à l'adhésion sauf accord de l'Assureur,
- Les frais de médecine préventive, à l'exception de ceux pris en charge par la convention,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et de convalescence lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation médicale,
- Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé à l'exception des centres de rééducation immédiatement après une hospitalisation donnant droit à prestation,
- Les frais de séjour ou de traitement engagés dans un établissement d'hydrothérapie, thermal, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital,
- Les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel,
- Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé,
- Les frais résultant de la participation à des guerres, rixes, émeutes, mouvements populaires, emprisonnement, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Les frais résultant de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires,
- Les dépenses relatives aux services ou produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais,
- Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'auraient pas été respectés,
- Les frais non mentionnés dans la présente convention,
- Les soins relatifs aux affections mentionnées sur le certificat d'adhésion,
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- Les cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement, y compris leurs suites,
- Les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie,
- Les hospitalisations liées aux affections psychiatriques au-delà du 30ème jour d'hospitalisation,
- Les soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat,
- Les frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique ...),
- Les frais relatifs à des soins non prescrits ou non effectués par un praticien régulièrement autorisé,
- Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'entente préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée,
- Tout frais résultant :
  - Des conséquences de la désintégration du noyau atomique,
  - De rayonnements ionisants ou d'une contamination par la radioactivité de déchets nucléaires résultant de la combustion de combustible nucléaire ou résultant d'une propriété radioactive, toxique, explosive ou toute autre propriété dangereuse d'un ensemble nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire de cet ensemble,
  - De la contamination chimique, de la guerre, d'une invasion, de l'acte d'un ennemi étranger, d'hostilités (qu'il y ait ou non- renversement militaire ou un coup d'état ou de la participation déclaration de guerre), d'activités terroristes, d'une guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un à un soulèvement populaire ou à une émeute de toute nature,
  - De catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême,
  - Des conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens.
- Les frais relatifs aux maladies tropicales contractées sans traitement préventif si elles ont été contractées hors du pays d'expatriation et dans les 3 mois suivants l'adhésion si elles ont été contractées dans le pays d'expatriation.



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité



## LA TÉLÉCONSULTATION, COMMENT ÇA MARCHE ?

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.



**médecindirect**  
à vos côtés, où que vous soyez



### Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

1



Rendez-vous sur le site [www.medicindirect.fr](http://www.medicindirect.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

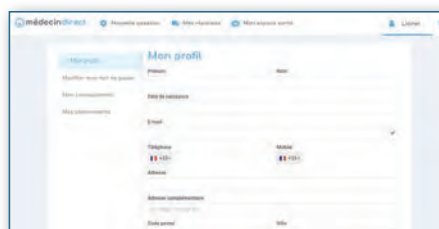


Connectez-vous avec votre adresse e-mail (votre identifiant) et le mot de passe que vous avez choisi lors de votre inscription.

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

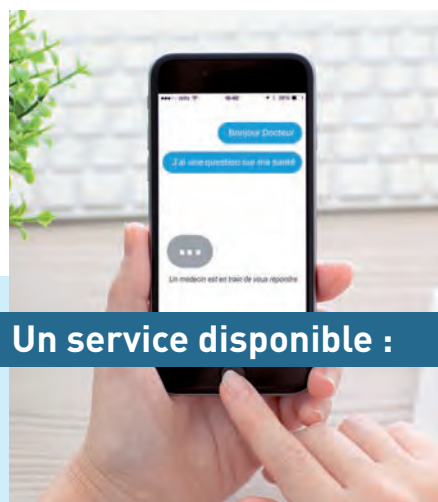


Une fois votre compte créé, validez votre identité. Cette étape est obligatoire si vous souhaitez pouvoir recevoir une ordonnance.

6



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



Un service disponible :



24/7



Par écrit



Par téléphone



Par vidéo