

ASSUR-TRAVEL EXPATRIÉS

2012

Partenaire de votre mobilité.

www.assur-travel.fr



La garantie Complémentaire Santé et Prévoyance des Expatriés



Hot line :
+33 (0)3 28 04 69 85

49, boulevard de Strasbourg
59000 LILLE
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48
Fax +33 (0)3 20 64 29 17
contact@assur-travel.fr



ASSUR-TRAVEL

Partenaires :
[www.assur-travel.fr/Espace partenaire](http://www.assur-travel.fr/Espace%20partenaire)
Tél : +33 (0)3 28 04 69 85



ASSUR-TRAVEL VOUS PROPOSE :

- Une couverture santé complète à un prix très attractif.
 - PLAN SANTÉ PREMIUM
 - PLAN SANTÉ CONFORT
 - PLAN SANTÉ SUMMUM
- Une garantie assistance rapatriement.
- Une responsabilité civile, protection indispensable pour vous et votre famille.
- Une garantie Prévoyance (Garantie Décès, Invalidité Absolue Définitive et Arrêt de travail).

Des produits adaptés à vos besoins

- Des produits avec des remboursements allant jusqu'à 100 % des frais réels.
- Un tiers payant pour tous les frais d'hospitalisation sur simple appel.
- Une gestion simplifiée grâce à un interlocuteur unique : vous bénéficiez de remboursements groupés. (Caisse des Français de l'étranger + ASSUR-TRAVEL).
- Vos remboursements sous 48 h par virement bancaire dans la devise de votre choix.
- Un suivi des remboursements en toute transparence : envoi des décomptes par mail, suivi des remboursements via le site internet de notre gestionnaire www.gapigestion.com.
- Un plateau d'assistance médicale à votre disposition 24 h/24 et 365 j/an.

Des formalités d'adhésion réduites

- Un simple bulletin d'adhésion et un questionnaire médical à renvoyer signés.
- Possibilité de mettre en place un prélèvement automatique.
- Une équipe de spécialistes de l'expatriation à votre écoute pour vous conseiller sur les produits en fonction des besoins.

Des tarifs très compétitifs

- A partir de 42 € par mois et par personne en individuel et 80 € par mois en famille.
- Ou optez pour nos produits avec franchise annuelle et bénéficiez d'une réduction entre 15 % et 25 %.
- Ou souscrivez notre Pack Plus (Santé complémentaire CFE + Prévoyance + Assistance) et bénéficiez de 10 % de remise sur votre tarif Santé.

UNE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ADAPTÉE À VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

- Vous êtes expatrié aux USA, Canada, Japon, ou en Suisse, vous devez souscrire le contrat SUMMUM. **Pour une consultation chez un spécialiste aux USA qui coûte 160 €, la CFE vous rembourse 16,10 € et le contrat SUMMUM prendra en charge le complément de 143,90 € : vous êtes remboursé intégralement.**
- Vous êtes expatrié dans un des pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Nouvelle Calédonie, Qatar, Royaume Uni, Russie, Singapour, nous vous conseillons de souscrire le contrat CONFORT ou SUMMUM. **Pour une consultation chez un spécialiste en Italie qui coûte 93,86 €, la CFE vous rembourse 16,10 € et le contrat CONFORT vous rembourse 77,76 € : vous êtes remboursé intégralement.**
- Pour les autres pays nous vous conseillons de souscrire le contrat PREMIUM ou CONFORT.



COMMENT ADHÉRER ?

CONDITIONS D'ADHESION

- Etre âgé de moins de 65 ans.
- Etre apte à exercer des fonctions à temps plein.
- Etre assuré auprès de la CFE ou régime de Sécurité Sociale française.

DES FORMALITES D'ADHESION RÉDUITES

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

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

Il est a rappelé qu'en cas de souscription PRÉVOYANCE :

- d'un Capital décès supérieur à 150.000 € et inférieur ou égale à 240.000 € une visite médicale et un examen de sang vous seront demandés en plus des formalités médicales précédentes,
- d'un Capital décès supérieur à 240.000 €, un examen cardiologique vous sera demandé en plus des formalités médicales précédentes.

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

Retourner ces documents à GAPI, notre gestionnaire, 58 rue de l'Arcade, 75008 PARIS.

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

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

Si vous n'êtes pas déjà assuré par la CFE, veuillez télécharger sur notre site le bulletin d'adhésion commun CFE -ASSUR TRAVEL afin de vous simplifier vos démarches d'adhésion.

VENTE A DISTANCE : FACULTE DE RENONCIATION

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre contrat.

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours

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

ADHERENT

Dès son acceptation par LA COMPAGNIE, qui peut être faite à des conditions spéciales, chaque proposant acquiert la qualité d'adhérent.

BENEFICIAIRES DE L'ADHERENT : LES ASSURES

Pour autant qu'ils aient fait l'objet d'une désignation au certificat d'adhésion, les assurés sont les membres de la famille de l'adhérent à la charge effective de l'adhérent mentionnés ci-après :

- Le conjoint, concubin, pacsé nommément désigné,
- Les enfants de l'adhérent de son conjoint ou de son concubin âgés de moins de 26 ans, non salariés, fiscalement à la charge de l'adhérent et ou de son conjoint ou concubin, poursuivant leurs études.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour autant que le bulletin d'adhésion soit complet et accepté par LA COMPAGNIE, les garanties prennent effet :

- Le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion ou
- A la date souhaitée par l'adhérent, au plus tôt le premier jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion est souscrite jusqu'à la fin de l'année civile qui suit la prise d'effet des garanties. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception ou par LA COMPAGNIE au moins 2 mois avant la fin de l'année civile en cours.





LES GARANTIES

Garanties Santé Complémentaire CFE ou Sécurité Sociale



BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

| ACTES | PREMIUM | CONFORT | SUMMUM |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalisation (1) | | | |
| Hospitalisation chirurgicale | 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 |
| Hospitalisation de jour | 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 |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | 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 |
| Actes médicaux | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Chambre particulière | 50 € / jour | 100 € / jour | 150 € / jour |
| Lit d'accompagnement | 30 € / jour | 45 € / jour | 60 € / jour |
| Forfait journalier | 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 |
| Chirurgie ambulatoire de jour | | | |
| Rééducation immédiate suite à hospitalisation | 100 % des Frais réels maxi 1000 € / 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 |
| Traitement du cancer | 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 |
| Greffe d'organe | 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 |
| Transport en ambulance | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Maternité | | | |
| Maternité (1) | 100 % des Frais réels maxi 2500 € / an | 100 % des Frais réels maxi 5000 € / an maxi 3000€ / an pour Zone A + France | 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 | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| dont Séances de préparation à l'accouchement | maxi 5 séances 25 €/séance | maxi 5 séances 40 €/séance | maxi 5 séances 60 €/séance |
| dont test de dépistage du VIH | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| dont diagnostic des anomalies chromosomiques | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Accouchement avec chirurgie (1) | 100 % des Frais réels maxi 5000 € / an | 100 % des Frais réels maxi 10 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France | 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 | 100 % des Frais réels maxi 1000 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat | 100 % des Frais réels maxi 1500 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat |
| Transport ambulance si hospitalisation | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |

(1) Après entente préalable.



| ACTES | PREMIUM | CONFORT | SUMMUM |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Médecine ambulatoire courante | | | |
| Honoraires médicaux | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Généraliste | maxi 40 € | maxi 100 € | maxi 150 € |
| Spécialiste | maxi 60 € | maxi 130 € | maxi 170 € |
| Pharmacie | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Actes d'auxiliaires médicaux (2) : Soins infirmiers, | 80 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie | maxi 30 € par acte | maxi 50 € par acte | maxi 70 € par acte |
| Biologie médicale et Radiologie (y compris IRM) (2) | 80 % des Frais réels | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Actes techniques médicaux (Hors établissement hospitalier) (2) | 80 % des Frais réels | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Prévention : | | | |
| Bilan de santé (un bilan tous les 2 ans) | NON | NON | 100 % des Frais réels maxi 400 € / bilan |
| Acte de prévention (fixé par arrêté du 08/06/2006) | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Vaccins | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Médecines Douces : | | | |
| Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, | 80 % des Frais réels maxi 30 € / acte et un maxi de 240 € / an | 100 % des Frais réels maxi 50 € / acte et un maxi de 750 € / an | 100 % des Frais réels maxi 70 € / acte et un maxi de 1050 € / an |
| Optique | | | |
| Verres + Monture | 90 % des Frais réels maxi de 300 € / an | 100 % des Frais réels maxi de 660 € / an | 100 % des Frais réels maxi de 700 € / an |
| Lentilles (jetables comprises) | 100 € / an | 260 € / an | 300 € / an |
| Traitement de la myopie au laser | 90 % des Frais réels maxi de 300 € / an | 100 % des Frais réels maxi de 660 € / an | 100 % des Frais réels maxi de 700 € / an |
| Dentaire | | | |
| | Maxi de 1000 € / an Franchise 500 € la 1 ^{ère} année | Maxi de 2000 € / an Franchise 1000 € la 1 ^{ère} année | Maxi de 2500 € / an Franchise 1750 € la 1 ^{ère} année |
| Soins dentaires (2) | 90 % des Frais réels | 100 % des Frais réels | 100 % des Frais réels |
| Prothèses dentaires y compris implants (1) | 90 % des Frais réels maxi 200 € / dent | 100 % des Frais réels maxi 380 € / dent | 100 % des Frais réels maxi 500 € / dent |
| Orthodontie des enfants (1) (lim. 3 ans, age lim. 16 ans) | 90 % des Frais réels maxi 600 € / an | 100 % des Frais réels maxi 1000 € / an | 100 % des Frais réels maxi 1200 € / an |
| Autres prothèses | | | |
| Prothèses médicales (1) | 80 % des Frais réels maxi 300 € / an | 90 % des Frais réels maxi 600 € / an | 100 % des Frais réels maxi 1000 € / an |

(1) Après entente préalable.

(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 300 € ou actes en séries supérieurs à 9.

Garanties Prévoyance

PREVOYANCE

| PREVOYANCE | PRISE EN CHARGE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capital décès / Invalidité Absolue et définitive Arrêt de travail : Indemnité journalière | Au choix par tranche de 30.000 € entre 30.000 € et 300.000 € Au choix par tranche de 30 € entre 30 € et 150 € par jour |

Garanties complémentaires

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

| ASSISTANCE RAPATRIEMENT | PRISE EN CHARGE OU AVANCE |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Contact médical | Frais réels |
| Transport / Rapatriement | Voyage retour |
| Retour d'un accompagnant bénéficiaire | Voyage aller et retour d'une personne chargée de l'accompagnement |
| Accompagnement des enfants | Voyage aller et retour et frais d'hôtel à concurrence de 125 € par nuit |
| Présence hospitalisation | Avance des frais à concurrence de 150.000 € |
| Frais d'hospitalisation | Voyage aller et retour |
| Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un proche | |
| Transport du défunt (organisation et frais) | Frais réels / Voyage retour |
| Retour accompagnant ou membres de la famille | 2.300 € |
| Cercueil et frais funéraires | Voyage aller et retour |
| Retour anticipé en cas de décès d'un proche | Voyage aller et retour |
| Reconnaissance de corps | 30.500 € |
| Avance de la caution pénale | 7.700 € |
| Avance et prise en charge des honoraires d'avocat | |
| Transmission des messages urgents | |
| Envoi de médicaments | Frais d'expédition (frais réels) |
| Assistance en cas de vol, perte ou destruction des papiers | |
| Avance de fonds (vol, perte moyens de paiement) | 2.300 € |

RESPONSABILITÉ CIVILE

| RESPONSABILITÉ CIVILE | PRISE EN CHARGE |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Tous préjudices confondus | 7.500.000 € |
| Dommages matériels et immatériels consécutifs | 750.000 € |
| Franchise | 150 € |



COTISATIONS

CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction :

- du type de souscription : Individuel, Couple (nous retiendrons le tarif de l'assuré le plus âgé multiplié par 2 personnes), Famille (nous retiendrons la tranche d'âge de la personne la plus âgée de la famille),
- de l'âge de l'adhérent,
- du niveau de régime choisi en Santé : PREMIUM, CONFORT, SUMMUM,
- de la zone de souscription : A,B,C pour la Santé et la RC ; 1 et 2 pour l'Assistance.

Les cotisations sont révisées au 1^{er} avril de chaque année par LA COMPAGNIE. L'adhérent est informé des nouvelles cotisations UN MOIS avant le 1^{er} avril.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, par trimestre, par semestre ou par année, dans les 10 jours suivant l'échéance.

Elles peuvent être réglées par prélèvement automatique.

Tarifs Mensuels Santé Complément CFE

| | PREMIUM | CONFORT | SUMMUM | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------------------|----------------------------|
| PAYS ZONE A PAYS PAS CHERS - Monde entier sauf les pays visés en zone B et C. | | | | |
| INDIVIDUEL | 0 à 32 ans | 57 € | 0 à 32 ans 63 € | |
| | 33 à 42 ans | 64 € | 33 à 42 ans 81 € | |
| | 43 à 50 ans | 90 € | 43 à 50 ans 103 € | |
| | 51 à 60 ans | 135 € | 51 à 60 ans 167 € | |
| | 61 à 64 ans | 188 € | 61 à 64 ans 236 € | |
| FAMILLE | 0 à 32 ans | 108 € | 0 à 32 ans 136 € | |
| | 33 à 42 ans | 138 € | 33 à 42 ans 176 € | |
| | 43 à 50 ans | 218 € | 43 à 50 ans 246 € | |
| | 51 à 60 ans | 280 € | 51 à 60 ans 370 € | |
| | 61 à 64 ans | 372 € | 61 à 64 ans 496 € | |
| PAYS ZONE B PAYS CHERS - Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Nouvelle-Calédonie, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour. | | | | |
| INDIVIDUEL | NON | 0 à 32 ans | 91 € | 0 à 32 ans 107 € |
| | | 33 à 42 ans | 109 € | 33 à 42 ans 128 € |
| | | 43 à 50 ans | 146 € | 43 à 50 ans 181 € |
| | | 51 à 60 ans | 246 € | 51 à 60 ans 313 € |
| | | 61 à 64 ans | 324 € | 61 à 64 ans 400 € |
| FAMILLE | NON | 0 à 32 ans | 199 € | 0 à 32 ans 239 € |
| | | 33 à 42 ans | 251 € | 33 à 42 ans 302 € |
| | | 43 à 50 ans | 391 € | 43 à 50 ans 536 € |
| | | 51 à 60 ans | 554 € | 51 à 60 ans 718 € |
| | | 61 à 64 ans | 637 € | 61 à 64 ans 762 € |
| PAYS ZONE C PAYS TRES CHERS - USA, Canada, Suisse, Japon. | | | | |
| INDIVIDUEL | NON | 0 à 32 ans | 170 € | 0 à 32 ans 203 € |
| | | 33 à 42 ans | 386 € | 33 à 42 ans 492 € |
| | | 43 à 50 ans | 459 € | 43 à 50 ans 622 € |
| | | 51 à 60 ans | 623 € | 51 à 60 ans 747 € |
| | | 61 à 64 ans | 776 € | 61 à 64 ans 835 € |
| FAMILLE | NON | 0 à 32 ans | 818 € | 0 à 32 ans 1 092 € |
| | | 33 à 42 ans | 1 005 € | 33 à 42 ans 1 257 € |
| | | 43 à 50 ans | 1 145 € | 43 à 50 ans 1 506 € |
| | | 51 à 60 ans | 1 372 € | 51 à 60 ans 1 716 € |
| | | 61 à 64 ans | 1 557 € | 61 à 64 ans 1 891 € |

Il est entendu, que chaque souscription aux garanties fera l'objet d'une adhésion préalable à l'association ASPI, Association Santé et Prévoyance Internationale, pour laquelle il sera demandé chaque année un droit d'adhésion de 23 Euros par adhérent.



Vous recherchez un tarif très compétitif tout en ayant un produit Haut de gamme ; nous vous mettons à disposition nos produits PREMIUM, CONFORT et SUMMUM avec une FRANCHISE ANNUELLE de 150 € ou 300 €.

Fonctionnement de la franchise annuelle :

Chaque début d'année civile, nous vous remboursons vos prestations santé après les 150 ou 300 premiers euros de dépenses prises en charge par vos soins.

Grace à la mise en place de cette franchise, vous bénéficiez d'une remise de 15 à 25% par rapport à nos tarifs « sans franchise ».

Tarifs Mensuels Santé Complément CFE Franchise 150 €

| | PREMIUM 150 Franchise annuelle 150 € | | CONFORT 150 Franchise annuelle 150 € | | SUMMUM 150 Franchise annuelle 150 € | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--------------|----------------------------------------|--------------|
| ZONE A PAYS PAS CHERS - Monde entier sauf pays visés en zone B et USA, Canada, Japon, Suisse. | | | | | | |
| INDIVIDUEL | 0 à 32 ans | 47 € | 0 à 32 ans | 53 € | 0 à 32 ans | 64 € |
| | 33 à 42 ans | 54 € | 33 à 42 ans | 68 € | 33 à 42 ans | 81 € |
| | 43 à 50 ans | 76 € | 43 à 50 ans | 88 € | 43 à 50 ans | 112 € |
| | 51 à 60 ans | 122 € | 51 à 60 ans | 150 € | 51 à 60 ans | 209 € |
| | 61 à 64 ans | 170 € | 61 à 64 ans | 212 € | 61 à 64 ans | 256 € |
| FAMILLE | 0 à 32 ans | 92 € | 0 à 32 ans | 116 € | 0 à 32 ans | 145 € |
| | 33 à 42 ans | 118 € | 33 à 42 ans | 149 € | 33 à 42 ans | 186 € |
| | 43 à 50 ans | 184 € | 43 à 50 ans | 209 € | 43 à 50 ans | 324 € |
| | 51 à 60 ans | 252 € | 51 à 60 ans | 332 € | 51 à 60 ans | 461 € |
| | 61 à 64 ans | 334 € | 61 à 64 ans | 446 € | 61 à 64 ans | 519 € |
| ZONE B PAYS CHERS - Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Nouvelle-Calédonie, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour. | | | | | | |
| INDIVIDUEL | | NON | 0 à 32 ans | 77 € | 0 à 32 ans | 91 € |
| | | NON | 33 à 42 ans | 93 € | 33 à 42 ans | 108 € |
| | | NON | 43 à 50 ans | 125 € | 43 à 50 ans | 153 € |
| | | NON | 51 à 60 ans | 222 € | 51 à 60 ans | 281 € |
| | | NON | 61 à 64 ans | 291 € | 61 à 64 ans | 360 € |
| FAMILLE | | NON | 0 à 32 ans | 169 € | 0 à 32 ans | 202 € |
| | | NON | 33 à 42 ans | 214 € | 33 à 42 ans | 255 € |
| | | NON | 43 à 50 ans | 331 € | 43 à 50 ans | 454 € |
| | | NON | 51 à 60 ans | 498 € | 51 à 60 ans | 645 € |
| | | NON | 61 à 64 ans | 574 € | 61 à 64 ans | 686 € |

Tarifs Mensuels Santé Complément CFE Franchise 300 €

| | PREMIUM 300 Franchise annuelle 300 € | | CONFORT 300 Franchise annuelle 300 € | | SUMMUM 300 Franchise annuelle 300 € | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--------------|----------------------------------------|--------------|
| ZONE A PAYS PAS CHERS - Monde entier sauf pays visés en zone B et USA, Canada, Japon, Suisse. | | | | | | |
| INDIVIDUEL | 0 à 32 ans | 42 € | 0 à 32 ans | 47 € | 0 à 32 ans | 57 € |
| | 33 à 42 ans | 49 € | 33 à 42 ans | 60 € | 33 à 42 ans | 73 € |
| | 43 à 50 ans | 67 € | 43 à 50 ans | 77 € | 43 à 50 ans | 99 € |
| | 51 à 60 ans | 108 € | 51 à 60 ans | 133 € | 51 à 60 ans | 186 € |
| | 61 à 64 ans | 151 € | 61 à 64 ans | 187 € | 61 à 64 ans | 226 € |
| FAMILLE | 0 à 32 ans | 80 € | 0 à 32 ans | 101 € | 0 à 32 ans | 129 € |
| | 33 à 42 ans | 103 € | 33 à 42 ans | 132 € | 33 à 42 ans | 164 € |
| | 43 à 50 ans | 163 € | 43 à 50 ans | 185 € | 43 à 50 ans | 286 € |
| | 51 à 60 ans | 224 € | 51 à 60 ans | 296 € | 51 à 60 ans | 410 € |
| | 61 à 64 ans | 298 € | 61 à 64 ans | 396 € | 61 à 64 ans | 460 € |
| ZONE B PAYS CHERS - Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Nouvelle-Calédonie, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour. | | | | | | |
| INDIVIDUEL | | NON | 0 à 32 ans | 66 € | 0 à 32 ans | 80 € |
| | | NON | 33 à 42 ans | 81 € | 33 à 42 ans | 95 € |
| | | NON | 43 à 50 ans | 110 € | 43 à 50 ans | 135 € |
| | | NON | 51 à 60 ans | 197 € | 51 à 60 ans | 249 € |
| | | NON | 61 à 64 ans | 260 € | 61 à 64 ans | 320 € |
| FAMILLE | | NON | 0 à 32 ans | 150 € | 0 à 32 ans | 179 € |
| | | NON | 33 à 42 ans | 189 € | 33 à 42 ans | 226 € |
| | | NON | 43 à 50 ans | 293 € | 43 à 50 ans | 402 € |
| | | NON | 51 à 60 ans | 444 € | 51 à 60 ans | 574 € |
| | | NON | 61 à 64 ans | 510 € | 61 à 64 ans | 610 € |



Tarifs Mensuels Prévoyance

Garantie Décès / Incapacité Absolue et Définitive

| Age de l'assuré | Pour un capital de 30.000 € |
|-----------------|-----------------------------|
| 0 à 32 ans | 2,90 € |
| 33 à 37 ans | 3,60 € |
| 38 à 42 ans | 5,40 € |
| 43 à 46 ans | 8,10 € |
| 47 à 50 ans | 11,80 € |
| 51 à 55 ans | 16,70 € |
| 56 à 60 ans | 23,30 € |
| 61 à 65 ans | 33,40 € |

Fixez vous même le capital souhaité (multiple de 30.000 € avec un maxi de 300.000 €).

Exemple : vous souhaitez un capital de 90.000 €, vous avez 35 ans, votre cotisation mensuelle sera de 10,80 € (3,60 x3).

Garantie Arrêt de Travail

| Age de l'assuré | Pour une indemnisation journalière de 30 € Franchise de 30 jours | Pour une indemnisation journalière de 30 € Franchise de 60 jours | Pour une indemnisation journalière de 30 € Franchise de 90 jours |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0 à 32 ans | 13,57 € | 11,06 € | 9,58 € |
| 33 à 37 ans | 15,50 € | 12,88 € | 11,29 € |
| 38 à 42 ans | 20,18 € | 16,87 € | 14,93 € |
| 43 à 46 ans | 25,54 € | 21,77 € | 19,49 € |
| 47 à 50 ans | 36,02 € | 30,89 € | 27,82 € |
| 51 à 55 ans | 41,84 € | 35,68 € | 32,26 € |
| 56 à âge départ retraite | 27,25 € | 23,26 € | 20,98 € |

Fixez vous même le montant de l'Indemnité journalière souhaité (multiple de 30 € avec un maxi de 150 €).

Attention cette garantie doit être obligatoirement soucrite avec la garantie décès ci-avant, et la garantie décès doit être au moins égale à 1000 fois le montant de l'indemnité journalière.

Exemple : vous souhaitez en cas d'arrêt de travail percevoir une indemnité journalière de 90 €, votre capital décès sera de 90.000 € minimum.

Vous avez 35 ans, vous optez pour une franchise de 30 jours, votre cotisation Arrêt de travail mensuelle sera de 40,80 € (13,60 x3).

Tarifs Garanties Complémentaires

TARIFS ASSISTANCE (TVA 19,6 % incluse)

ZONE 1 - Monde entier sauf les pays visés en Zone 2.

| | |
|------------|------|
| INDIVIDUEL | 16 € |
| FAMILLE | 42 € |

ZONE 2 - Angola, Cameroun, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Tchad, Sénégal, Soudan, Cote d'Ivoire, Ghana, Burkina Faso, Benin, Guinée, Togo, Ethiopie, Gabon, Congo, République Démocratique du Congo, Tanzanie, Zambie, Kenya, Mozambique, Namibie, Zimbabwe, Botswana, Burundi, Afrique du Sud et Rwanda.

| | |
|------------|------|
| INDIVIDUEL | 23 € |
| FAMILLE | 48 € |

TARIFS RESPONSABILITÉ CIVILE PRIVÉE

ZONE A et B - Monde entier sauf les pays visés en Zone C.

| | |
|------------|------|
| INDIVIDUEL | 10 € |
| FAMILLE | 16 € |

ZONE C - USA, Canada, Suisse, Japon.

| | |
|------------|------|
| INDIVIDUEL | 24 € |
| FAMILLE | 28 € |



Tarifs Mensuels Pack PLUS



PACK PLUS : Garanties Santé complément CFE sans franchise + Garanties Décès 150.000 €
+ Garantie Arrêt de travail 90 € franchise 30 jours + Assistance.

SOUSCRIVEZ le PACK PLUS ET BÉNEFICIEZ de 10% DE REMISE SUR LE TARIF SANTE.

Cette offre promotionnelle est réservée aux assurés de la zone A et B

Le PACK PLUS propose des formalités d'adhésion réduites et limitées à un questionnaire médical santé.

TARIFS SANTE

| PAYS ZONE A PAYS PAS CHERS | PREMIUM - par mois | | CONFORT - par mois | | SUMMUM - par mois | |
|----------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------------|-------|
| INDIVIDUEL | 0 à 32 ans | 52 € | 0 à 32 ans | 57 € | 0 à 32 ans | 70 € |
| | 33 à 42 ans | 58 € | 33 à 42 ans | 74 € | 33 à 42 ans | 88 € |
| | 43 à 50 ans | 82 € | 43 à 50 ans | 94 € | 43 à 50 ans | 121 € |
| | 51 à 60 ans | 123 € | 51 à 60 ans | 152 € | 51 à 60 ans | 213 € |
| FAMILLE | 61 à 64 ans | 171 € | 61 à 64 ans | 215 € | 61 à 64 ans | 257 € |
| | 0 à 32 ans | 98 € | 0 à 32 ans | 124 € | 0 à 32 ans | 156 € |
| | 33 à 42 ans | 125 € | 33 à 42 ans | 160 € | 33 à 42 ans | 199 € |
| | 43 à 50 ans | 198 € | 43 à 50 ans | 224 € | 43 à 50 ans | 348 € |
| FAMILLE | 51 à 60 ans | 255 € | 51 à 60 ans | 336 € | 51 à 60 ans | 466 € |
| | 61 à 64 ans | 338 € | 61 à 64 ans | 451 € | 61 à 64 ans | 524 € |
| | PAYS ZONE B PAYS CHERS | | | | | |
| | INDIVIDUEL | NON | 0 à 32 ans | 83 € | 0 à 32 ans | 97 € |
| 33 à 42 ans | | | 99 € | 33 à 42 ans | 116 € | |
| 43 à 50 ans | | | 133 € | 43 à 50 ans | 165 € | |
| 51 à 60 ans | | | 224 € | 51 à 60 ans | 285 € | |
| 61 à 64 ans | | | 295 € | 61 à 64 ans | 364 € | |
| FAMILLE | NON | 0 à 32 ans | 181 € | 0 à 32 ans | 217 € | |
| | | 33 à 42 ans | 228 € | 33 à 42 ans | 275 € | |
| | | 43 à 50 ans | 355 € | 43 à 50 ans | 487 € | |
| | | 51 à 60 ans | 504 € | 51 à 60 ans | 653 € | |
| | | 61 à 64 ans | 579 € | 61 à 64 ans | 693 € | |

Garantie Décès / Incapacité Absolue et Définitive

| Age de l'assuré | Pour un capital de 150.000 € |
|-----------------|------------------------------|
| 0 à 32 ans | 14,50 € |
| 33 à 37 ans | 18,00 € |
| 38 à 42 ans | 27,00 € |
| 43 à 46 ans | 40,50 € |
| 47 à 50 ans | 59,00 € |
| 51 à 55 ans | 83,50 € |
| 56 à 60 ans | 116,50 € |
| 61 à 65 ans | 167,00 € |

Garantie Arrêt de Travail

| Age de l'assuré | Pour une indemnisation journalière de 90 € Franchise de 30 jours |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0 à 32 ans | 40,71 € |
| 33 à 37 ans | 46,50 € |
| 38 à 42 ans | 60,54 € |
| 43 à 46 ans | 76,62 € |
| 47 à 50 ans | 108,06 € |
| 51 à 55 ans | 125,52 € |
| 56 à âge départ retraite | 81,75 € |

TARIFS ASSISTANCE (TVA 19,6 % incluse)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ZONE 1 - Monde entier sauf les pays visés en Zone 2. | |
| INDIVIDUEL | 16 € |
| FAMILLE | 42 € |
| ZONE 2 - Angola, Cameroun, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Tchad, Sénégal, Soudan, Cote d'Ivoire, Ghana, Burkina Faso, Bénin, Guinée, Togo, Ethiopie, Gabon, Congo, République Démocratique du Congo, Tanzanie, Zambie, Kenya, Mozambique, Namibie, Zimbabwe, Botswana, Burundi, Afrique du Sud et Rwanda. | |
| INDIVIDUEL | 23 € |
| FAMILLE | 48 € |



Définition des garanties

ETENDUE GEOGRAPHIQUE

Les garanties santé sont acquises dans la zone géographique qui correspond au tarif de souscription: la zone de souscription A,B ou C. La zone de souscription B donne également accès aux soins dans les pays de la zone A. La zone de souscription C, donne également accès aux soins dans les pays de la zone A, et B.

La zone A, correspond au monde entier excepté les pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Canada, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Japon, Liban, Nouvelle Calédonie, Qatar, Royaume Uni, Russie, Singapour, Suisse, USA.

La zone B, correspond aux pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Nouvelle Calédonie, Qatar, Royaume Uni, Russie, Singapour.

La zone C correspond aux pays suivants : USA, Canada, Japon, Suisse.

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, LA COMPAGNIE pendant le délai d'attente, peut limiter ses remboursements au niveau des garanties antérieures lorsque celles-ci sont inférieures.

Délais d'attente selon la nature des frais engagés :

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| • Maladie- soins courants en cas d'accident ou maladie infectieuse : | 0 mois |
| • Hospitalisation en cas d'accident ou maladie infectieuse : | 0 mois |
| • Maladie – soins courants : | 3 mois |
| • Hospitalisation : | 3 mois |
| • Soins dentaires sauf en cas d'accident : | 6 mois |
| • Soins de kinésithérapie (si non consécutifs à une intervention chirurgicale prise en charge par l'assureur) : | 6 mois |
| • Prothèses dentaires, Implants dentaires, Soins orthodontiques : | 9 mois |
| • Prothèses : | 9 mois |
| • Optique : | 9 mois |
| • Maternité (soins de grossesse et accouchement) : | 10 mois |
| • Traitement de la stérilité : | 10 mois |

Le délai d'attente de 3 mois pour maladie, soins courants et hospitalisation est supprimé en cas d'accident ou de maladie infectieuse.

ETENDUE DES GARANTIES SANTE

Les frais médicaux ouvrant droit à prestations sont ceux visés dans le tableau des garanties. Ils interviennent en complément des prestations versées par la Caisse des Français de l'Étranger ou tout autre régime français de sécurité sociale.

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés dans le barème de remboursements qui concernent des traitements de maladie ou d'accident et qui :

- ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance en France ou à l'étranger (sous réserve des dispositions prévues au paragraphe qui suit),
- ont été prescrits et/ou pratiqués par des médecins régulièrement autorisés dans des établissements régulièrement autorisés,
- auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française si l'intéressé y avait été affilié.

Conditions de prise en charge :

Lesdits frais médicaux doivent avoir été exposés :

dans le pays d'expatriation ou un pays de la zone de souscription pour laquelle la garantie a été souscrite. La zone de souscription A donnant accès aux soins dans les pays de la zone A, la zone de souscription B donnant accès aux soins dans les pays de la zone A et B, la zone de souscription C donnant accès aux soins dans les pays de la zone A, B et C.

Une tolérance sera acceptée :

pour les soins d'hospitalisation consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée pour les déplacements inférieurs à 60 jours hors de la zone de souscription.

En tout état de cause, toute hospitalisation est subordonnée à la formalité de l'entente préalable telle que définie dans l'article « Entente Préalable » ci-après.

Les garanties seront limitées au coût moyen en vigueur dans le pays d'accueil. Tout contrôle pourra être exercé par LA COMPAGNIE.

LES FRAIS PRESENTANT UN CARACTERE MANIFESTEMENT DERAISONNABLE OU INHABITUEL PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

Produits PREMIUM CONFORT SUMMUM avec franchise annuelle de 150 ou 300 € :

DÉFINITION

La franchise est la somme annuelle restant à votre charge. Par franchise annuelle, il faut entendre franchise par année civile.

Les remboursements sont effectués à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties et dans la limite des frais réels. Les remboursements interviennent une fois atteinte la franchise annuelle de 150 € ou de 300 €.

ETENDUE DE LA GARANTIE PREVOYANCE

Garanties DECES : Cette garantie a pour objet le versement au bénéficiaire désigné, suite au décès de l'assuré un capital décès défini lors de la souscription et fixé entre 30.000 € et 300.000 €.

Garantie INVALIDITE ABSOLUE DEFINITIVE : Cette garantie a pour objet le versement à l'assuré en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré suite à maladie ou accident avant son 60^{ème} anniversaire, un capital défini lors de la souscription et fixé entre 30.000 € et 300.000 €. Ce capital est identique au capital Décès.

Garantie ARRET DE TRAVAIL : Cette garantie a pour objet le versement à l'assuré d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente de l'assuré suite à maladie ou accident.

Le montant de l'Indemnité journalière est défini lors de la souscription du contrat. Elle est fixée entre 30 et 150 € par jour et est versée après une franchise de 30,60 ou 90 jours d'arrêt de travail .

Le montant de la rente annuelle est fixé à 360 fois le montant de l'indemnité journalière et est versée en fonction du taux d'invalidité de l'assuré déterminé par voie d'expertise.

La garantie ARRET DE TRAVAIL doit être obligatoirement souscrite avec la garantie DECES, et le capital DECES doit être au moins égal à 1000 fois le montant de l'indemnité journalière.



EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Sont exclus de la garantie SANTE :

- Frais relatifs à toute dépense d'ordre médical et chirurgical :
 - non prescrite par une autorité médicale qualifiée
 - qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties),
 - occasionnés par l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
 - relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
 - occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- Frais de transport d'une femme enceinte à l'hôpital pour un accouchement normal sauf si les médecins de l'assureur l'estiment nécessaire en raison de complications médicales,
- Frais de transport relatifs à une prestation non garantie,
- 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,
 - un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé,
- Frais de traitement de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjours en établissement psychiatrique tel que prévu au tableau des garanties),
- Frais de soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable,
- Frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement,
- Frais de soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- Frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés).

De plus les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- suicide ou tentative de suicide intervenant au cours de la 1ère année d'assurance,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeutes, rixes, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active,
- accident ou maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat Français,
- faits résultant des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré,
- les effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,
- participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou à moteur ainsi que tous sports dangereux tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous marine sauf en apnée à moins de 50m, le jet ski, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard,
- les accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.
- Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'assuré et acceptée par lui.

Sont exclus de la garantie PREVOYANCE :

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

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

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'assuré et acceptée par lui. La maternité n'étant pas une maladie, seuls les arrêts de travail en cours de grossesse ayant une cause pathologique (c'est-à-dire médicalement justifiés) seront pris en charge au titre de la garantie, le congé de maternité ou de paternité n'étant pas un arrêt de travail pour maladie demeure exclu de la garantie.

Comment se faire rembourser ?

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

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



PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Pour la maladie et l'accident

Sous réserve des dispositions applicables en matière d'hospitalisation en cas de prise en charge directe telle que prévue par la présente notice, l'adhérent doit transmettre toutes pièces justificatives originales visées ci-après qui seront conservées par LA COMPAGNIE :

■ Frais exposés dans le pays d'expatriation

- Le formulaire de DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complété,
- L'original de la PRESCRIPTION MEDICALE,
- L'original de la FACTURE détaillée et acquittée,

■ Frais exposés en France

- La FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité sociale dûment complétée,
- L'original de la PRESCRIPTION MEDICALE,
- L'original de la FACTURE détaillée et acquittée,

■ Frais exposés dans un pays tiers

- Les pièces telles que visées pour les frais exposés dans le pays d'expatriation,
- Toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie.
- Les demandes de remboursement doivent, SOUS PEINE DE DECHEANCE et sauf cas de force majeure, être adressées dans les DOUZE MOIS suivant la date des soins.

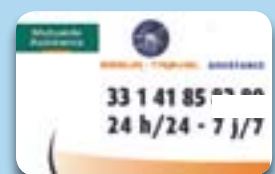
Pour la maternité

L'adhérent doit transmettre toutes pièces justificatives originales qui seront conservées par LA COMPAGNIE : un bulletin de naissance de l'enfant, et éventuellement, la justification des frais réels en cas d'accouchement dystocique ou chirurgical.

N° D'APPEL D'URGENCE

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

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





Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – 58, rue de l'Arcade – 75008 PARIS

| | |
|--------------------------------------------------|----------|
| COURTIER CONSEIL | Cachet : |
| Date d'adhésion souhaitée : <input type="text"/> | |

| | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| L'ADHÉRENT | |
| Nom : | Prénom : |
| N° Sécurité Sociale : | Né(e) le : <input type="text"/> Nationalité : |
| Profession : | Pays d'expatriation : |
| Adresse : | Tél. : <input type="text"/> Fax : <input type="text"/> |
| C.P. : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | E-mail : <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------------------------------------|--|-------------|--------------------------|
| MEMBRES DE LA FAMILLE | | | |
| LES BÉNÉFICIAIRES À ASSURER : NOM ET PRÉNOM | | SEXE | DATE DE NAISSANCE |
| Conjoint : | | M F | <input type="text"/> |
| Enfant 1 : | | M F | <input type="text"/> |
| Enfant 2 : | | M F | <input type="text"/> |
| Enfant 3 : | | M F | <input type="text"/> |
| Enfant 4 : | | M F | <input type="text"/> |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| GARANTIES CHOISIES | | | |
| Prévoyance | | | |
| Garantie DECES / IAD : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Montant du capital : | <input type="text"/> |
| | | | multiple de 30.000 € avec un maxi de 300.000 € |
| Garantie ARRÊT DE TRAVAIL : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Montant de l'indemnité journalière : | <input type="text"/> |
| Franchise : | <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours | | multiple de 30 € avec un maxi de 150 € |
| Santé | | | |
| <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Complémentaire CFE, si autre, précisez : <input type="text"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> 1er Euro | | |
| <input type="checkbox"/> PREMIUM <input type="checkbox"/> PREMIUM 150 <input type="checkbox"/> PREMIUM 300 | <input type="checkbox"/> CONFORT <input type="checkbox"/> CONFORT 150 <input type="checkbox"/> CONFORT 300 | <input type="checkbox"/> SUMMUM <input type="checkbox"/> SUMMUM 150 <input type="checkbox"/> SUMMUM 300 | |
| <input type="checkbox"/> Zone A | <input type="checkbox"/> Zone B | <input type="checkbox"/> Zone C | |
| Assistance <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | |
| <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 | Responsabilité Civile <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| | | <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Zone A et B <input type="checkbox"/> Zone C | |

| | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS | |
| Adresse d'envoi des décomptes de remboursement : | Mode de remboursement : |
| Rue : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement (joindre un RIB) |
| CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | Devise de remboursement : |
| | <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RÈGLEMENT DES COTISATIONS | |
| Adresse d'envoi des appels de cotisations : | Périodicité : |
| Rue : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> trimestrielle |
| CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | Devise de règlement : |
| | <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

Je déclare donner mon consentement à l'assurance en cas de décès. Je reconnais avoir reçu la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir conservé un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire de santé qui serviront de base à mon adhésion et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale en respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant.

J'autorise GAPI à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et à percevoir directement de la CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers payant.

| | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Fait à : | Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé ») |
| le : <input type="text"/> | <input type="text"/> |

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT N° NATIONAL D'EMETEUR : 519369

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les montants trimestriels des cotisations dues au créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. La présente est valable jusqu'à annulation de ma part en temps voulu au créancier.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Nom, prénom et adresse du débiteur : | Nom et adresse du créancier : |
| <input type="text"/> | GAPI 58, rue de l'Arcade - 75008 PARIS - France |
| Compte à débiter : | Nom et Adresse Postale de l'Etablissement Teneur du compte à débiter |
| Banque <input type="text"/> Guichet <input type="text"/> N° de compte <input type="text"/> Clé <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Date : <input type="text"/> | Signature obligatoire : |
| | <input type="text"/> |



Désignation du bénéficiaire

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse (pour retour de l'accusé de réception) :

Code Postal : Commune :

ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL DÉCÈS

Si l'adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, il (elle) doit désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de son choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse (et nom de jeune fille pour les femmes mariées) et éventuellement les quotes parts de capital attribuées à chaque bénéficiaire.

Je soussigné(e), adhérent au contrat visé ci-dessus, désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

à défaut :

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes :** tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Informatique et libertés : Les données nominatives sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du contrat et de ses garanties. Elles sont destinées au courtier, à l'assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales et réglementaires. Elles peuvent être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, lors de la gestion des contrats, vos données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, sans frais, en s'adressant par mail à relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr ou par courrier à Gan Eurocourtage - Services des relations avec les consommateurs - Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex. Ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par les entreprises du groupe Groupama. Si vous ne le souhaitez pas, cocher la case ci-contre :

CETTE DÉCLARATION ANNULE ET REMPLACE
TOUTE DÉSIGNATION ANTÉRIEURE

Cachet de l'Assureur :

(1) Je ne désire pas recevoir d'accusé de réception, je conserve donc le double de la présente.

(1) Je désire au contraire, recevoir le double authentifié de la présente, à l'adresse indiquée dans « l'identification de l'adhérent ».

Fait à : le :

Signature à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

(1) Cocher la case adéquate



ADHERENT AU CONTRAT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

IMPORTANT : ce questionnaire doit être rempli à la main. Les traits ne sont pas valables. Chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions (sauf à la question 14), vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire de santé et vos précisions complémentaires en les adressant sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la société de gestion G.A.P.I. – 58, rue de l'Arcade – 75008 Paris.

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

| QUESTIONS | L'adhérent | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Quel est votre poids ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Quelle est votre taille ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Au cours des 5 dernières années : | | | | | |
| a) avez-vous consulté pour : | | | | | |
| a1) des troubles psychiques (ex. anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a2) la colonne vertébrale (ex. hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a3) une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex. épaule, genou, hanche, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a4) un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a5) des troubles respiratoires (ex. asthme, bronchites récidivantes, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique (sauf maternité) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| c) avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| d) avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 5. Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois : | | | | | |
| a) plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 7. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 8. Êtes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 9. Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 10. Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité d'un taux supérieur à 15 % ouvrant droit à pension ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 11. Êtes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 12. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 13. Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 14. Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire pour examen par le seul médecin-conseil de la société de gestion G.A.P.I. ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | | | | |

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Paraphe :



ADHERENT AU CONTRAT - 2/2

15 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L.113-8 du Code des assurances).

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées, à votre assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont destinées également aux services de gestion de votre assureur ou de son gestionnaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au Médecin conseil de l'assureur (GAN EUROCOURTAGE – 7 Place du Dôme – 92099 La Défense cedex) ou de son gestionnaire (G.A.P.I. – 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Fait à :

le :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.

GAN Gan Eurocourtage - Compagnie française d'assurances et de réassurances. Société Anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)
RCS Paris 410 332 738 – APE : 6512Z - Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 96 60 00
www.gan-eurocourtage.fr – contact@eurocourtage.com - Service des relations avec les consommateurs : Tél. : 01 70 96 67 37 –relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr
Gan Eurocourtage distribue les produits de Groupama Gan Vie – Société Anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé) – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77 - Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential.
61 rue Taitbout – 75009 Paris

ASSUR-TRAVEL SAS au capital de 38.000 € - 451 947 378 RCS LILLE - Siège Social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE
Tél. 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17 - N°Orias 07030650 – www.orias.fr

GAPI SARL au capital de 5.000 € - 490 676 228 RCS PARIS - Siège Social : 58, rue de l'Arcade - 75009 PARIS - Tél. 01 44 69 50 20 - Fax : 01 44 69 05 93



CONJOINT DE L'ADHERENT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

IMPORTANT : ce questionnaire doit être rempli à la main. Les traits ne sont pas valables. Chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions (sauf à la question 14), vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire de santé et vos précisions complémentaires en les adressant sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la société de gestion G.A.P.I. – 58, rue de l'Arcade – 75008 Paris.

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

| QUESTIONS | Conjoint de l'adhérent | Enfant 1* | Enfant 2* | Enfant 3* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Quel est votre poids ? | | | | |
| 2. Quelle est votre taille ? | | | | |
| 3. Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Au cours des 5 dernières années : | | | | |
| a) avez-vous consulté pour : | | | | |
| a1) des troubles psychiques (ex. anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a2) la colonne vertébrale (ex. hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a3) une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex. épaule, genou, hanche, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a4) un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a5) des troubles respiratoires (ex. asthme, bronchites récidivantes, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique (sauf maternité) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| c) avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| d) avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 5. Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois : | | | | |
| a) plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 7. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 8. Etes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 9. Etes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 10. Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité d'un taux supérieur à 15 % ouvrant droit à pension ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 11. Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 12. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 13. Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 14. Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire pour examen par le seul médecin-conseil de la société de gestion G.A.P.I. ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | | | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |

* enfant rattaché au conjoint qui ne figure pas sur le questionnaire de l'adhérent.

NOM et PRENOM du conjoint :

Paraphe :



CONJOINT DE L'ADHERENT - 2/2

15 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L.113-8 du Code des assurances).

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées, à votre assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont destinées également aux services de gestion de votre assureur ou de son gestionnaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au Médecin conseil de l'assureur (GAN EUROCOURTAGE – 7 Place du Dôme – 92099 La Défense cedex) ou de son gestionnaire (G.A.P.I. – 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris).

NOM et PRENOM du conjoint :

Fait à :

le :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Signature du conjoint de l'adhérent

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.

GAN Gan Eurocourtage - Compagnie française d'assurances et de réassurances. Société Anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)
RCS Paris 410 332 738 – APE : 6512Z - Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 96 60 00
www.gan-eurocourtage.fr – contact@eurocourtage.com - Service des relations avec les consommateurs : Tél. : 01 70 96 67 37 –relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr
Gan Eurocourtage distribue les produits de Groupama Gan Vie – Société Anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé) – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77 - Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudenciel.
61 rue Taitbout – 75009 Paris

ASSUR-TRAVEL SAS au capital de 38.000 € - 451 947 378 RCS LILLE - Siège Social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE
Tél. 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17 - N°Orias 07030650 – www.orias.fr

GAPI SARL au capital de 5.000 € - 490 676 228 RCS PARIS - Siège Social : 58, rue de l'Arcade - 75009 PARIS - Tél. 01 44 69 50 20 - Fax : 01 44 69 05 93
N°Orias 10056960 - www.orias.fr



Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et ainsi, adapter précisément notre offre à votre situation. Les informations suivantes vous sont données en application des articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances.

I - COURTIER CONSEIL

Cachet du courtier :

N° ORIAS :

II - INFORMATIONS LÉGALES

Le futur assuré peut vérifier l'immatriculation de son courtier conseil à l'adresse suivante :

ORIAS : Organisme pour le registre des Intermédiaires d'Assurances www.orias.fr - 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09 - Tél : 01 53 21 51 70

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance partenaires privilégiés de notre cabinet.

Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées, sur simple demande de votre part. En cas de réclamation, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse indiquée au I. Courtier Conseil.

Il est enfin rappelé les coordonnées de l'autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles :

ACP - Autorité de contrôle prudentiel -
61 Rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09

III - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Par ailleurs, en tant que de besoin, nous vous précisons :

que notre cabinet détient une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

que la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

détient (détiennent) une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital émanant de notre cabinet.

IV - INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

E-mail : @

Tél. : Profession :

1 - Situation professionnelle :

Salarié Indépendant Retraité Etudiant

2 - Votre statut :

| | Date de naissance | Sexe | |
|---------------------------|----------------------|------|---|
| Vous : | <input type="text"/> | M | F |
| Votre conjoint : | <input type="text"/> | M | F |
| 1 ^{er} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 2 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 3 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 4 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |

3 - Expression de vos besoins :

Durée de votre séjour ou déplacement à l'étranger :

Destination :

Quelles sont les garanties souhaitées :

- Frais de santé complémentaire :

- Frais de santé 1er euro :

Si OUI, avez-vous une garantie santé actuellement :

- Assistance :

- Assurance annulation :

- Assurance bagage :

- Assurance individuelle accident :

- Assurance Responsabilité Civile vie privée :

- Assurance Prevoyance Retraite :

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée :

5 - Demandes spécifiques (autres exigences particulières) :

V - VOTRE SOLUTION

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie :

proposée par ASSUR TRAVEL.

Vous trouverez joint à ce diagnostic, un projet personnalisé détaillé présentant l'offre avec la cotisation, le détail des garanties.

Le client reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à : Remis le :

en 2 exemplaires Votre courtier conseil Vous



ASSUR-TRAVEL, partenaire de votre mobilité.

Animé par des professionnels de l'assurance, ASSUR-TRAVEL, courtier grossiste adhérent au Syndicat 10, Syndicat National des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance, est spécialisé dans la conception et la gestion de programmes d'assurance liés à la mobilité internationale.

Partenaire de la Caisse des Français de l'étranger, ASSUR-TRAVEL compte plus de 6.000 clients expatriés dans le monde entier. Chaque mois 100 nouveaux expatriés choisissent nos contrats santé.

De nombreuses entreprises, PME ou groupes internationaux font confiance à ASSUR-TRAVEL.

Fort de cette confiance ASSUR-TRAVEL a étendu sa gamme de contrats aux étudiants, aux étrangers séjournant temporairement en France et dans le monde entier, ainsi qu'aux séjours professionnels et/ou de loisirs de courtes durées. ASSUR-TRAVEL assure aujourd'hui les voyages de plus de 500.000 personnes par an.

Le siège social de la société ASSUR-TRAVEL est situé dans le quartier des affaires de Lille et dispose de représentants sur Paris, Niort et Lyon. Cent cinquante courtiers en assurance situés en France et sur les 5 continents distribuent les contrats spécifiques ASSUR-TRAVEL.

ASSUR-TRAVEL s'est associée avec les acteurs majeurs de la mobilité internationale :



GAN

GAN EUROCOURTAGE est une filiale de GROUPAMA dédiée aux courtiers. Groupama est le 6^{ème} assureur français et le 15^{ème} européen. Le groupe compte 39 000 collaborateurs dans le monde.



MUTUAIDE

Filiale à 100% de GROUPAMA SA, des interventions dans plus de 165 pays dans le monde. 45 millions d'assistés potentiels.



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



TOKIO MARINE EUROPE

Filiale de Tokio Marine and Nichido Fire Insurance Co .Limited, est la plus importante et la plus ancienne société d'Assurance Non Vie au Japon dans le domaine des risques Entreprises, Maritimes et transport.

CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

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

Par mail : contact@assur-travel.fr

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site : www.assur-travel.fr



ASSUR-TRAVEL