



La garantie santé des expatriés

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative
REGIME FRAIS DE SANTE ASSUR TRAVEL N°210/846990



**NOTICE
D'INFORMATION**

DG ASPI Santé 0311
Réf. SRI/PTF J5

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



ASSUR-TRAVEL





NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT N° 210/846990

Souscrit par : **ASSOCIATION SANTE PREVOYANCE INTERNATIONALE (ASPI)** - 5 allée Lavoisier 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - ci-après dénommée « **la contractante** »,

auprès de : **GAN EUROCOURTAGE** - Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)
R.C.S. Paris 410 332 738 – APE : 6512Z - Immeuble Elysées La Défense – 7, place du Dôme – TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex

agissant pour le compte de : GROUPAMA GAN VIE - Société anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 – APE 6511Z
Siège social : 8-10 rue d'Astorg 75383 PARIS CEDEX 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances.

Organisme de contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel : 61 rue Taitbout – 75009 PARIS
ci-après dénommé « **l'assureur** »

TABLEAU DES GARANTIES BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

ACTES	PREMIUM	CONFORT	SUMMUM
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (1)	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Hospitalisation psychiatrique (1)	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière	limité à 30 jours par an	limité à 30 jours par an	limité à 30 jours par an
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans (limité à 30 jours)	100 % FR* avec un maxi de 50 € par jour	100 % FR* avec un maxi de 100 € par jour	100 % FR* avec un maxi de 150 € par jour
Maternité (1)	100 % FR* avec un maxi de 2500 € par an	100 % FR* avec un maxi de 5 000 € par an, limité à 3 000 € Zone A** + France	100 % FR* avec un maxi de 7 500 € par an, limité à 4000 € Zone A** + France
Maternité avec chirurgie (1)	100 % FR* avec un maxi de 5000 € par an	100 % FR* avec un maxi de 10 000 € par an, limité à 6 000 € Zone A** + France	100 % FR* avec un maxi de 15 000 € par an, limité à 6000 € Zone A** + France
FIV- Stérilité		100 % FR* avec un maxi de 5 000 € par an, limité à 3 000 € Zone A** + France, max 3 FIV pour la durée de l'adhésion	100 % FR* avec un maxi de 7 500 € par an, limité à 4 000 € Zone A** + France, max 3 FIV pour la durée de l'adhésion
Transport en ambulance	90 % des FR*	100 % des FR*	100 % des FR*
Médecine ambulatoire courante			
Consultation Généraliste	90 % des FR* avec un maxi de 40 €	100 % FR* avec un maxi de 100 €	100 % FR* avec un maxi de 150 €
Consultation Spécialiste	90 % des FR* avec un maxi de 60 €	100 % des FR* avec un maxi de 130 €	100 % des FR* avec un maxi de 170 €
Bilan de santé (2)			100 % des FR* avec un maxi de 400 € par an, et un bilan tous les 2 ans
Frais pharmaceutiques y compris vaccins	90 % des FR*	100 % des FR*	100 % des FR*
Actes d'auxiliaires médicaux (1)	80 % des FR* avec un maxi de 30 €/acte et un maxi de 240 € par an pour les actes d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie et homéopathie	100 % des FR* avec un maxi de 50 €/acte et un maxi de 600 € par an pour les actes d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie et homéopathie	100 % des FR* avec un maxi de 70 €/acte et un maxi de 840 € par an pour les actes d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie et homéopathie
Actes de biologie médicale (2) et Actes de radiologie (y compris IRM) (2)	80 % des FR*	90 % des FR*	100 % des FR*
Prothèses Médicales d'appareillage sur devis (2)	80 % des FR* avec un maxi de 300 €/an	90 % des FR* avec un maxi de 600 €/an	100 % des FR* avec un maxi de 1 000 €/an
Optique			
Verres + Monture	90 % des FR* dans la limite de 300 €/an	100 % des FR* dans la limite de 660 €/an	100 % des FR* dans la limite de 700 €/an
Lentilles	90 % des FR* dans la limite de 100 €/an	100 % des FR* dans la limite de 260 €/an	100 % des FR* dans la limite de 300 €/an
Traitement de la myopie au laser	90 % des FR* avec un maxi de 300 €/an	100 % des FR* avec un maxi de 660 €/an	100 % des FR* avec un maxi de 700 €/an
Dentaire			
Soins dentaires, prothèses dentaires et implants	Maxi annuel de 1 000 € 500 € la 1^{ère} année	Maxi annuel de 2 000 € 1 000 € la 1^{ère} année	Maxi annuel de 2 500 € 1 750 € la 1^{ère} année
Soins dentaires (1)	90 % des FR*	100 % des FR*	100 % des FR*
Prothèses dentaires et implants (1)	90 % des FR* avec un maxi de 200 € par dent	100 % des FR* avec un maxi de 380 € par dent	100 % des FR* avec un maxi de 500 € par dent
Orthodontie (enfant de moins de 16 ans) (1)	90 % des FR* avec un maxi de 600 €/an, pendant 3 ans maxi	100 % des FR* avec un maxi de 1 000 €/an, pendant 3 ans maxi	100 % des FR* avec un maxi de 1 200 €/an, pendant 3 ans maxi

*FR : frais réels (1) après entente préalable (2) après entente préalable pour les actes d'un montant supérieur à 150 Euros

**Zone A : Monde entier sauf les pays des zones B et C



A. DISPOSITIONS GENERALES

1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe, régi par le Code des assurances français, a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par toute personne vivant hors de son pays de nationalité et membre de l'association contractante, ainsi que par ses ayants droit résidant dans le même pays étranger, s'ils sont inscrits à l'adhésion.

Trois formules de garanties accordant des niveaux différents de prestations sont proposées à l'adhérent :

- formule PREMIUM (uniquement pour les pays ressortissants de la zone géographique A)
- formule CONFORT
- formule SUMMUM

Selon la situation de l'adhérent vis-à-vis de la CFE - Caisse des Français à l'Etranger - ou du régime social de base français, les prestations prévues ci-dessus sont versées en complément de celles versées par la CFE ou le régime social de base français, ou si ce n'est pas le cas, elles sont remboursées au 1^{er} €.

La formule retenue par l'adhérent ainsi que sa situation vis à vis de la CFE sont indiquées sur le certificat d'adhésion remis par la contractante.

2 - DUREE - RENOUELEMENT DU CONTRAT

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

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

3 - ADHESION - PERSONNES GARANTIES

Adhésion

Peuvent être inscrits à l'assurance les membres de l'association contractante, sous réserve :

- qu'ils soient âgés de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans,
- qu'ils soient de nationalité différente de celle du pays de résidence pendant la durée du contrat,
- d'avoir complété et signé la demande d'adhésion,
- d'avoir complété et signé le profil de santé au maximum trois mois avant la date d'effet souhaitée.

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation médicale de l'assureur, celui-ci se réservant le droit de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites sur le profil de santé. Si l'un des adhérents présente un risque aggravé, l'assureur peut être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion sur lequel figurent la formule de garanties choisie, la franchise, l'inscription ou non de l'adhérent à la CFE et la date d'effet.

L'adhésion est souscrite pour une durée se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an.

Personnes garanties

L'adhésion peut être, au choix de l'adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (cotisation individuelle) ou pour lui et ses ayants droit tels que définis ci-dessous (cotisation famille).

CONJOINT : Conjoint de l'adhérent non séparé de corps, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle.

CONCUBIN : Personne vivant en concubinage avec l'adhérent exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- l'adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé ou n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, est adressée à l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.

Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe

PARTENAIRE : Personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'adhérent.

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

ENFANT A CHARGE : Enfant de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin, âgé de moins de 26 ans, non salarié, fiscalement à la charge de l'adhérent et/ou de son conjoint, et poursuivant ses études.

Pour être garantis les ayants droit doivent se soumettre aux formalités médicales dans les conditions prévues au paragraphe « Adhésion » ci-dessus.

4 - DEFINITIONS

Pour le contrat, les définitions suivantes sont retenues :

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

En application de l'article 1315 du Code Civil, il appartient à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

FRANCHISE : Somme annuelle demeurant à la charge de l'adhérent.

HOSPITALISATION : Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un accident, à une maladie ou à une maternité.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

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

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

DELAI D'ATTENTE : Période définie au contrat pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties.

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE : Avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations (par exemple : hospitalisation, traitements en série ou prothèses de toute nature), l'adhérent doit préalablement demander et obtenir l'accord de l'assureur pour obtenir leur prise en charge effective. Les frais concernés figurent aux tableaux de garanties.

FORFAIT JOURNALIER : Part du prix de la journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité Sociale française.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE : Après accord préalable de l'assureur, l'adhérent (ou un ayant droit) hospitalisé peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais dans tous les établissements hospitaliers.



EXPATRIÉS Santé

5 - DELAI DE RENONCIATION

L'adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de l'envoi du certificat d'adhésion au contrat. La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e)..... (nom – prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n°..... et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L112-9 du Code des Assurances. »

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

Prise d'effet de l'adhésion :

Pour l'adhérent :

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception :

- de la demande d'adhésion et du profil de santé sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur,
- du règlement total de la première échéance de la cotisation.

L'adhésion peut également prendre effet à la date exacte souhaitée par l'adhérent mais, au plus tôt, le 1^{er} jour qui suit la réception de la demande d'adhésion.

Pour les ayants droit de l'adhérent :

L'adhésion des ayants droits prend effet sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur :

- à la même date que pour les adhérents,
- lors de la modification de situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage ou de naissance d'enfants.
- le 1^{er} jour du mois qui suit la demande de leur inscription au contrat, ou à la date exacte souhaitée mais, au plus tôt, le 1^{er} jour qui suit la réception de la demande d'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède, les enfants de l'adhérent nés postérieurement à son adhésion au contrat sont admis sans formalités médicales sous réserve qu'ils soient déclarés à l'assureur dans un délai d'un mois suivant leur date de naissance.

Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus, sous réserve de l'application des délais d'attente suivants :

- 3 mois pour les frais de maladie, frais de soins courants, frais d'hospitalisation (ce délai est supprimé si les frais engagés sont consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée telle que définie ci-après (*)),
- 6 mois pour les frais et soins dentaires et parodontologie (ce délai est supprimé si ces frais sont consécutifs à un accident),
- 6 mois pour les frais de kinésithérapie s'ils ne sont pas consécutifs à une intervention chirurgicale prise en charge par l'assureur,
- 9 mois pour les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'optiques, et toutes autres prothèses,
- 10 mois pour les frais liés à la maternité (grossesse, accouchement et traitement de la stérilité).

(*) Est reconnu atteint d'une maladie inopinée, l'adhérent victime d'une atteinte neurologique d'origine 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.

En outre, les délais d'attente prévus ci-dessus ne sont pas appliqués lorsque l'adhésion fait suite (résiliation inférieure à un mois) à un contrat antérieur offrant des garanties au moins équivalentes, **à l'exclusion des frais liés à la maternité.**

Les garanties sont acquises à l'adhérent dans tous les pays à l'exception de la France et des D.O.M. (sauf lors de voyage ou de vacances, dans la limite de 90 jours). Elles se terminent le jour du retour définitif vers le pays d'origine.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

7 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour l'adhérent :

- à la date de résiliation du contrat. Dans ce cas à la date de cessation de l'adhésion, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur,
- en cas de résiliation de l'adhésion, notifiée au moins deux mois avant la fin de l'année civile,
- lorsque l'adhérent n'adhère plus à l'association,
- lors du retour de l'adhérent à l'expiration de son contrat d'expatrié,
- si les cotisations concernant l'adhérent ne sont plus réglées, dans les conditions prévues au paragraphe 9 en application de l'article L.141-3 du Code des assurances. Toute cotisation trimestrielle est acquise et non remboursable.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause :

- **pour le conjoint** : à la date de la décision devenue définitive en cas de divorce ou de séparation judiciaire et, au plus tard à son 65^{ème} anniversaire,
- **pour le partenaire ou le concubin de l'adhérent**, à la date de rupture du PACS ou du concubinage et, au plus tard à son 65^{ème} anniversaire,
- **pour les enfants** : dès qu'ils cessent de répondre à la définition des « enfants à charge » prévue au paragraphe 3.

8 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

Changement du pays d'expatriation

L'adhérent doit informer l'assureur au moins 1 mois avant la date effective du changement. En cas de changement de zone géographique, la nouvelle tarification lui est applicable le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de modification. A cette occasion, il peut également modifier ses garanties comme il est prévu ci-après.

Changement de formule de garantie

L'adhérent effectue son choix (qui vaut tant pour lui-même que pour ses bénéficiaires) lors de son adhésion au contrat.

L'adhérent peut modifier son choix :

- Au 1^{er} janvier de chaque période, sous réserve que la demande de changement parvienne à l'assureur au plus tard le premier jour du mois civil précédant ladite période,
- Le premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage...) lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ledit changement,
- En cas de changement de pays d'expatriation sous réserve que la demande de changement parvienne à la compagnie au plus tard le premier jour du mois civil précédant ledit changement.

Il est toutefois précisé que le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après 2 années d'adhésion à la précédente formule (sauf en cas de modification de la situation de famille ou en cas de changement de pays d'expatriation).

En cas de diminution des garanties, la prise d'effet intervient le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la demande de modification.

Les délais d'attente des garanties sont appliqués à partir de la date d'effet des garanties précédentes.

En cas de majoration des garanties, l'adhérent doit remplir une nouvelle demande d'adhésion et se soumettre ainsi éventuellement que ses ayants droits, aux formalités médicales.

L'assureur se réserve le droit de refuser les demandes de majorations de garanties. Les délais d'attente prévus pour les garanties frais de santé sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet des nouvelles garanties.



9 - COTISATIONS

Calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est exprimé en euros, selon la formule de garanties retenue.

La cotisation est revue chaque année en fonction de l'âge atteint (déterminé par différence de millésime) par l'adhérent en cotisation individuelle, ou de l'âge de l'assuré de la personne garantie la plus âgée en cotisation famille.

Indépendamment de l'âge des assurés, le tarif en vigueur sera révisé par l'assureur chaque année au 1^{er} avril moyennant un préavis de UN MOIS.

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

Paiement de la cotisation par l'adhérent

Les cotisations sont payables trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance, en France et en euros à la contractante.

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

En cas de résiliation du contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance des cotisations.

Défaut de paiement de l'adhérent :

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, la contractante doit, au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si la contractante n'effectue pas cette mise en demeure dès la première cotisation impayée, l'assureur peut se retourner contre elle pour réclamer la réparation du préjudice qui en résulterait.

10 - PRESCRIPTIONS

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

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

11 - SUBROGATION

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L. 121-12 du Code des Assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

12 - RECLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Réclamation

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

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

Direction des relations avec les consommateurs

Immeuble Élysées La Défense
7, place du Dôme – TSA 59876 - 92099 LA DÉFENSE CEDEX

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

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

Informatique et Libertés

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

Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur affiliation et de leurs garanties. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant à l'adresse indiquée ci-dessus.

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

12 - ARBITRAGE - JURIDICTION

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

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



B. DEFINITION DES GARANTIES - REGLEMENT DES PRESTATIONS

1 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises dans le monde entier.

Toutefois, les soins devront être pratiqués dans la zone géographique qui correspond au tarif de souscription :

Zone A : Monde entier sauf les pays des zones B et C.

Zone B : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Emirats Arabes, Hong-Kong, Israël, Italie, Liban, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour.

Zone C : USA, Canada, Japon, Suisse.

Par exception à cette règle, 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 fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable de l'assureur.

2 - NATURE DES REMBOURSEMENTS

Sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties, sont remboursées toutes les dépenses d'ordre médical et chirurgical prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui sont prises en charge par la CFE ou la Sécurité Sociale française ou qui seraient prises en charge par celles-ci.

Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité Sociale française ou par tout autre organisme similaire.

Les actes pris en considération par l'assureur sont les suivants, **sous réserve qu'ils figurent dans la formule retenue par l'adhérent :**

Hospitalisation

Hospitalisation chirurgicale – Actes et frais de chirurgie

- Journée d'hospitalisation chirurgicale
- Actes de chirurgie dispensés dans un établissement hospitalier ainsi que ceux qui concernent le traitement des traumatismes
- Actes d'anesthésiologie
- Actes utilisant les radioéléments en sources non scellées
- Frais d'assistance du médecin traitant, de pharmacie opératoire, de salle d'opération, d'exams, de fourniture de sang, plasma, oxygène, matière plâtrée
- Frais de transport, **à l'exclusion du rapatriement sanitaire**
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de chambre particulière
- Les frais de lit d'accompagnement d'un enfant

Hospitalisation médicale

- Journée d'hospitalisation médicale y compris en établissement psychiatrique, en maison d'enfants à caractère sanitaire dans la limite de 30 jours par année civile dans ces deux derniers cas.
- Frais de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie,
- Frais de transport, **à l'exclusion du rapatriement sanitaire**
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de chambre particulière
- Frais de lit d'accompagnement d'un enfant

Maternité

- Frais liés à l'accouchement
- Accouchement
- Procréation médicalement assistée sous réserve de mention spécifique figurant au tableau des garanties.

Maladie

Médecine générale – Spécialités – Analyses – Orthopédie – Prothèses non dentaires

- Consultations et visites de l'omnipraticien ou du spécialiste
- Actes d'auxiliaire médicaux
- Examens et soins médicaux inférieurs à 24 heures pratiqués en établissement hospitalier
- Actes de spécialités
- Frais d'analyses, travaux de laboratoires
- Actes de radiologie

Pharmacie

- Frais pharmaceutiques y compris les traitements homéopathiques sur prescription médicale, vaccins.

Optique

- Frais de verres, de monture et de lentilles cornéennes y compris jetables.
- Traitement de la myopie par laser

Dentaire

- Frais de soins dentaires, prothèses dentaires et d'orthodontie (si le traitement débute avant l'âge de 16 ans)
- Frais de parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales)

Prothèses

- Frais de prothèses (hors prothèse dentaire)

3 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les frais sont servis dans la limite des frais réels, soit en complément des prestations versées par la CFE ou le régime social de base français, soit au 1er euro, selon la situation de l'adhérent vis-à-vis de la CFE et selon la formule de remboursement choisie au titre du contrat.

Les soins pratiqués en France sont remboursés dans les mêmes proportions qu'à l'étranger (selon la formule frais de santé choisie).

Franchises :

L'adhérent peut opter pour l'application ou non d'une franchise de 150 € ou 300 €.

La franchise retenue est calculée par année civile.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime social de base, de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, L'AFFILIE DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.



4 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les 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,
- 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,
- relatifs à une prestation non garantie,
- 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,
 - un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé, en 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,
- de traitement de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjours en établissement psychiatrique tel que prévu au tableau des garanties),
- de soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable,
- de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement,
- de soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- 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 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.

5 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de maladie ou d'accident ouvrant droit à remboursement, l'adhérent est tenu de remettre à l'assureur ou à son mandataire, par l'intermédiaire de la contractante, la demande de remboursement, dûment remplie, ainsi que les bordereaux délivrés par la Caisse des Français à l'Etranger lorsque l'adhérent est affilié à cet organisme. A cette demande doit être joint l'accord éventuel de prise en charge des traitements en série, prothèse, factures d'hospitalisation.

L'adhérent non inscrit à la CFE doit également fournir les originaux des prescriptions médicales ainsi que des factures détaillées et acquittées. En outre, pour les frais exposés dans des pays hors de la zone de souscription, l'adhérent doit apporter la preuve que les frais exposés entrent bien dans l'étendue de garantie (déplacement inférieur à 60 jours, hospitalisation consécutive à un accident ou une maladie non prévisible avant le déplacement).

Pour donner droit aux prestations, les demandes de remboursement de frais de santé doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date des soins.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'adhérent doit avertir l'assureur dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

NOVEMBRE 2010



Gan Eurocourtage - Compagnie française d'assurances et de réassurances
Société anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)

R.C.S. 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

Entreprises régies par le Code des Assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel -
61 rue Taitbout – 75009 Paris