CONDITIONS 2026

www.assur-travel.fr

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative
1er EURO : AQ001939
CFE : AQ001938

Expatriés Santé

Notice d'information



Expatriés Santé
L'ÉQUITÉ ASPI 0422
Réf. : EQC 1052 – NI04/2023

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

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

Document non contractuel

27/01/2026

Cette notice d'information reprend les conditions générales du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative L'ÉQUITÉ N° AQ001938 et AQ001939 souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI »).

SOMMAIRE

DEFINITIONS DU CONTRAT SANTÉ 3

I. LE CONTRAT SANTÉ 4

ARTICLE 1	OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2	CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE	4
ARTICLE 3	ADHESION / INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES	4
ARTICLE 4	ADMISSION A L'ASSURANCE	4
ARTICLE 5	PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	5
ARTICLE 6	MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE	5
ARTICLE 7	CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES	6
ARTICLE 8	CALCUL DE VOTRE COTISATION	6
ARTICLE 9	PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	6
ARTICLE 10	DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS	6
ARTICLE 11	RENONCIATION A L'ADHESION	7
ARTICLE 12	PRESCRIPTION LEGALE	7
ARTICLE 13	EXAMEN DES RECLAMATIONS - MEDIATION	8
ARTICLE 14	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	8
ARTICLE 15	SUBROGATION	10
ARTICLE 16	DISPOSITIONS DIVERSES	10
ARTICLE 17	ARBITRAGE	10
ARTICLE 18	SANCTIONS INTERNATIONALES	10

II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX, MATERNITÉ 10

ARTICLE 1	PRESTATIONS GARANTIES	10
ARTICLE 2	TABLEAUX DES GARANTIES SANTE	11/14
ARTICLE 3	LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES	15
ARTICLE 4	ENGAGEMENT MAXIMUM	15
ARTICLE 5	ETENDUE TERRITORIALE	15
ARTICLE 6	DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE	15
ARTICLE 7	PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE	16
ARTICLE 8	DELAIS D'ATTENTE	16
ARTICLE 9	REGLEMENT DES PRESTATIONS	16
ARTICLE 10	LES RISQUES EXCLUS	17

ANNEXE 18

LA TÉLÉCONSULTATION		18

III. LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT 19

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

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

Association Santé Prévoyance Internationale
Zone Actiburo - 99 rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

l'**Association**

il a été souscrit auprès de :

L'ÉQUITÉ
Société anonyme au capital de 69 213 760 euros
Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS Paris
N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI
Siège social : 89 Rue Taitbout – 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026
l'**Assureur**

L'Équité

GENERALI

Autorité chargée du contrôle des assurances :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)
4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 - FRANCE

DÉFINITIONS DU CONTRAT SANTÉ

Accident :

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

Vous/Adhérent :

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

Assuré :

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

Association :

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

Autorité médicale compétente :

toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où est constaté l'Accident corporel ou la Maladie. L'Autorité médicale doit être un Tiers à l'Assuré.

Auxiliaire médical :

sous réserve de leur reconnaissance officielle en tant que praticien dûment habilité, sont pris en charge au titre du contrat les auxiliaires médicaux suivants : ergothérapeute, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, orthophonistes, orthoptistes, sage-femme.

Certificat d'adhésion :

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

C.F.E. :

Caisse des Français de l'Etranger.

Conjoint :

votre conjoint non séparé de corps judiciairement (sous réserve de fournir une attestation sur l'honneur de non séparation de corps), votre partenaire lié par un PACS (sous réserve de fournir une copie de la convention enregistrée au Greffe du Tribunal d'Instance du domicile commun), ou votre concubin notoire (sous réserve de fournir un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de concubinage notoire), âgé de moins de 65 ans au jour de son inscription.

Cotisations :

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

Consultation pré et post-opératoire :

Consultation pré opératoire : consultation durant laquelle la fiche de consentement éclairé du patient est communiquée, datée et signée par le patient lui-même. Consultation post-opératoire : consultation permettant de vérifier la bonne cicatrisation et les bonnes suites post-opératoires afin de ne pas méconnaître une complication potentielle et de réaliser un dernier point avec le patient avant sa convalescence.

Contrat :

c'est le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative AQ001938 et AQ001939, souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI ») et régi par la loi française et par les Conditions générales et particulières.

Délai d'attente :

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

Délégataire :

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

Enfants à charge :

vos enfants et/ou ceux de votre conjoint, fiscalement à votre charge et/ou à celle de votre conjoint, jusqu'à leur 16ème anniversaire dans tous les cas, et jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études secondaires (sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte étudiante en cours de validité, au moment de l'inscription et lors de chaque renouvellement annuel) et qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet. Sont également inclus vos enfants et/ou ceux de votre conjoint handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Entente Préalable :

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

Etablissement de Santé Eligible :

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

Expatrié :

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

Forfait journalier hospitalier :

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

Frais inhabituels ou déraisonnables :

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

Franchise annuelle :

somme annuelle qui demeure à votre charge.

Hospitalisation :

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

Hospitalisation ambulatoire de jour :

Séjour de moins de 24 heures dans un hôpital pour lequel un lit ou une chambre d'hôpital est attribué au patient sans que celui-ci passe la nuit au sein de l'établissement, l'assuré sortant avec une autorisation de sortie le jour même. L'hospitalisation de jour peut concerner une chirurgie ambulatoire ou la réalisation de soins spécifiques et/ou d'évaluation de leur état de santé grâce aux ressources des plateaux techniques.

Maladie :

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

Maladie Inopinée :

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

Maternité :

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites, premiers frais de soins prodigués à l'enfant hors complications.
La maternité n'est considérée ni comme une maladie ni comme un accident.

PACS :

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

Pays d'expatriation :

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

Période de couverture :

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

Pharmacie :

Produits pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de pharmacie. Les médicaments ou molécules ouvrant droit à prestations sont consultables sur le site www.vidal.fr

Prise en charge directe hospitalière :

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

Prothèse médicale :

Prothèse interne dont la pose nécessite une intervention chirurgicale (par exemple stent, pacemaker, prothèses orthopédiques).

Questionnaire médical :

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

Rééducation immédiate suite à hospitalisation :

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

Téléconsultation :

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

Zone géographique de garantie :

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

I. LE CONTRAT SANTÉ

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

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

ARTICLE 2 - CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

Les garanties Santé s'exercent dans la limite du niveau de garantie que vous avez choisi parmi l'une des cinq formules ci-dessous. Le niveau de prestation des garanties est croissant selon la formule choisie. La disponibilité de ces formules varie en fonction de votre zne géographique de garantie. Ce choix est applicable à Vous et à vos Ayants droit.

Vous êtes expatrié en zone A,B,C :

- **Formule BASIC**
- **Formule STARTER**
- **Formule PREMIUM (ACCESS)**
- **Formule CONFORT (ACCESS)**
- **Formule SUMMUM (ACCESS)**

Vous êtes expatrié en zone D :

- **FORMULE CONFORT**
- **FORMULE SUMMUM**

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

ARTICLE 3 - ADHESION/INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES

Vous, Adhérent

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

- être âgé de 18 à moins de 65 ans au jour de votre adhésion ;
- être de nationalité différente de celle de votre Pays d'expatriation ;
- vous être acquitté des droits d'adhésion auprès de l'Association pour en être membre.

Vos Ayants droit

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

- **votre conjoint :** votre conjoint non séparé de corps judiciairement (sous réserve de fournir une attestation sur l'honneur de non séparation de corps), votre partenaire lié par un PACS (sous réserve de fournir une copie de la convention enregistrée au Greffe du Tribunal d'Instance du domicile commun), ou votre concubin notoire (sous réserve de fournir un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de concubinage notoire), âgé de moins de 65 ans au jour de son inscription.
Nota Bene : lorsque vous adhérez au Contrat en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., et que votre conjoint n'est pas reconnu comme étant à votre charge par l'un de ces organismes, il pourra bénéficier des garanties à condition qu'il soit individuellement affilié auprès d'un de ces organismes de base ;

- **les enfants à charge :** vos enfants et/ou ceux de votre conjoint, fiscalement à votre charge et/ou à celle de votre conjoint, jusqu'à leur 16ème anniversaire dans tous les cas, et jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études secondaires (sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte étudiante en cours de validité, au moment de l'inscription et lors de chaque renouvellement annuel) et qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet. Sont également inclus vos enfants et/ou ceux de votre conjoint handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-1 du Code de l'action sociale et des familles.

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

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

ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE

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

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

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

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

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

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

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

5.1 Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit

Vous, Adhérent

Votre adhésion prend effet à compter de la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion. Elle commence au plus tôt le premier jour suivant la date de réception du Dossier d'adhésion complet par le Délégataire, sous réserve :

- de l'acceptation de votre adhésion suite à la sélection médicale ;
- du paiement intégral de votre première cotisation ;
- de l'acceptation de la surprime vous ayant été proposée par le Délégataire le cas échéant ;
- de l'ouverture des droits à la C.F.E. le cas échéant.

Vos Ayants droit

L'inscription de vos Ayants droit prend effet à la même date et dans les mêmes conditions que votre adhésion.

En cas de modification de votre situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage notoire, naissance ou adoption d'un enfant), l'inscription de vos Ayants droit prendra effet au plus tôt, le 1er jour qui suit l'acceptation expresse de leur inscription par le Délégataire et dans les mêmes conditions que votre adhésion.

Vos enfants qui naîtraient 1 mois (un mois) après votre adhésion au contrat sont réputés admis, sans formalités médicales, sous réserve que leur naissance soit déclarée au Délégataire dans le mois suivant leur date de naissance et que la grossesse ait été couverte par votre contrat.. Dans ce cas, leur inscription prendra effet au jour de leur naissance. Si ce délai d'un mois est dépassé, leur inscription prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception par le Délégataire de la déclaration de leur naissance et des formalités médicales d'adhésion.

Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit prennent effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.
Toutefois, La résiliation peut avoir lieu à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).
Lorsque la résiliation est à l'initiative du Souscripteur, la notification de la résiliation du Contrat peut être effectuée par lettre recommandée, envoi recommandé électronique au délégataire , ou par tout autre moyen visé à l'article L113-14 du Code des assurances français.
L'Assureur confirme au Souscripteur par écrit la réception de la notification de résiliation.
La résiliation à l'initiative de l'Assureur s'effectue par lettre recommandée.

5.2 Les garanties que vous avez choisies

Les garanties du Contrat que vous avez choisies prennent effet à la date de votre adhésion (et celle de l'inscription de vos Ayants droit) sous réserve des Délais d'attente. **Le Délégataire ne prendra en charge que les frais engagés à partir de la date de prise d'effet des garanties et pour la durée de la Période de couverture.**

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE

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

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

6.3 Les hypothèses de modification du niveau de garantie

Vous pouvez modifier le niveau de garantie antérieurement choisi :

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

6.3.1 En cas d'augmentation du niveau de garantie

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

6.3.2 En cas de diminution du niveau de garantie

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

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

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

ARTICLE 7 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Pour Vous, Adhérent
Votre adhésion et vos garanties cessent :

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

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

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

ARTICLE 8 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

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

8.2 Les conditions tarifaires sont établies en fonction:
- du type de garantie choisi: en complément de la CFE ou de la sécurité sociale ou au 1er euro.
- du niveau de garantie choisi (Formules BASIC, STARTER, PREMIUM ACCESS, PREMIUM, CONFORT ACCESS, CONFORT, SUMMUM ACCESS, SUMMUM)
- du niveau de prise en charge choisi : 100% des frais réels, 90% des frais réels, 80% des frais réels. Le reste à charge n'est pas applicable aux frais d'hospitalisation dans son ensemble.
- de la zone géographique de garantie (A,B,C ou D)
- de l'âge des assurés et de l'application d'une surprime, le cas échéant suite à la sélection médicale.
- gratuité pour les enfants à partir du 3ème enfant.

8.3 L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation est l'âge de l'assuré et de ses ayants droits éventuels au 1er avril précédant l'appel de cotisation.

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

ARTICLE 9 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

9.1 Vous êtes responsable du versement de votre cotisation à l'Association ou à son Délégataire. La cotisation est payable par avance uniquement en Euro (€) par chèque, par virement bancaire, par carte bancaire sur le site internet sécurisé indiqué par le Délégataire, ou par prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou postal (Zone SEPA), trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon le fractionnement et les modalités choisies sur votre bulletin d'adhésion. **Les frais bancaires restent à votre charge exclusive.**
Le changement de périodicité de règlement est possible le 1er janvier de chaque année.

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

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

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

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

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

ARTICLE 10 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

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

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

- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion**

ou de l'inscription moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion ou de l'inscription au Contrat 10 jours après la notification adressée par le Délégataire par lettre recommandée ;

- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.**

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

ARTICLE 11 - RENONCIATION A L'ADHESION

Vous pouvez résilier votre adhésion au Contrat en exerçant votre droit de renonciation dans le cadre et dans les conditions des articles suivants :

11.1 L'article L.112-9 premier alinéa du Code des assurances dispose que : *« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du Contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (….) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit à renonciation ».*

Il vous est conseillé si vous souhaitez user de votre droit de renonciation de rédiger votre lettre comme suit :

Je soussigné(e) *(Nom et Prénom(s) de l'Adhérent)*, demeurant à *(domicile principal)*, déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Assur Travel Santé** n° AQ001938 et AQ001939 *(complété de votre numéro d'adhésion)*, que j'ai signée le *(JJ/MM/AAAA)*. *(Si des cotisations ont été perçues)* Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, dans les conditions prévues par l'article L. 112-9 du Code des assurances, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.
(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.
A ……, Le…… Signature de l'Adhérent

Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances :
L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Néanmoins, dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.
En cas de renonciation, le Délégataire procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due au Délégataire si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

11.2 En cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 du Code de la consommation (vente ou prestation de services à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont vous êtes redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser au Délégataire les montants perçus dans un délai de 30 jours.
Si des cotisations ont été perçues, le Délégataire les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION LEGALE

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

Article L 114-1 :
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2. les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 :
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

Conformément au Code civil :
«Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 13 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

• **Examens des réclamations**

Pour toute question relative à la gestion de votre contrat, GAPI est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.
Si votre demande n'est pas résolue, vous pouvez adresser votre **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à L'ÉQUITÉ - Cellule qualité - 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris - qualite@generali.fr
Nous accuserons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception.
Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil ou d'information ou des conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.
La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

• **Médiation**

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance (FFA), L'ÉQUITÉ applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.
Si un litige persiste entre l'Adhérent et l'Assureur après examen de la demande par le Service réclamations de l'Assureur, l'Adhérent peut saisir la Médiation de l'Assurance.
- Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.
- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : http://www.mediation-assurance.org/ Rubrique : je saisis le Médiateur .

ARTICLE 14 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

• **Opposition au démarchage téléphonique**

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

• **Identification du responsable de traitement**

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.
GAPI, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :
- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

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

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

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

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

• **Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.**

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

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :
Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

• **Clause spécifique relative à la fraude**

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

• **Clause spécifique relative aux obligations règlementaires et à l'intérêt public**

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

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

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et règlementaires, l'EQUITE pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

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

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

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdacces@generali.fr.

• **Les durées de conservation**

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

• **L'exercice des droits**

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :
- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,

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

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

- du **droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un **droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

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

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

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

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

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

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :
GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : dpo@gapigestion.com
Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :
droitdacces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

• **Droit d'introduire une réclamation**

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

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

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données
GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : dpo@gapigestion.com
Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdacces@generali.fr

ARTICLE 15 - SUBROGATION

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

ARTICLE 16 - DISPOSITIONS DIVERSES

Loi applicable – tribunaux compétents : Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit Français.
Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des Tribunaux Français.

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

ARTICLE 17 - ARBITRAGE

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

ARTICLE 18 - SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu a aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures. Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un Sinistre*, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situes en Crimée, République populaire démocratie de Corée (Corée du nord), en Iran et/ou en Syrie.

II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MEDICAUX, MATERNITÉ

ARTICLE 1 - PRESTATIONS GARANTIES

1.1 La garantie Santé a pour objet le remboursement de tout ou partie de vos dépenses, et celles de vos Ayants droit, d'ordre médico-chirurgical, optique, dentaire ou vos dépenses résultant d'une maternité. Les dépenses prises en considération sont exclusivement celles figurant dans le tableau des garanties Santé (article 2-II) et ou definies par les nomenclatures des actes professionnels de la sécurité sociale française ou par la Caisse des Français de l'Étranger.

1.2 Pour Vous et vos Ayants droit, ouvrent droit à prestation les frais pour lesquels la date de début des soins est comprise entre les dates de prise d'effet et de fin d'adhésion (ou d'inscription), sous réserve que les actes médicaux ayant occasionnés ces frais aient été prescrits et effectués par des médecins autorisés et habilités à les pratiquer, ou par des Etablissements de Santé Eligibles.

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

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

1.4 Cumul d'assurances

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

ARTICLE 2 - TABLEAUX DES GARANTIES SANTE

GARANTIES SANTÉ
MODULE 1

BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

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

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

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	CONFORT ACCESS	SUMMUM ACCESS
PLAFOND ANNUEL	**750.000 €**	**1.500.000 €**	**2.000.000 €**	**ILLIMITÉ**
MODULE 1 : HOSPITALISATION (1) et (3)				
Hospitalisation chirurgicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation médicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation de jour / Chirurgie ambulatoire	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation à domicile	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	NON	NON	maxi 15 jours / an	maxi 30 jours / an
Chambre à 2 lits	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Supplément Chambre individuelle	70 € / jour	70 € / jour	130 € / jour	190 € / jour
Lit d'accompagnement	NON	30 €/jour	40 €/jour	60 €/jour
Forfait journalier	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Consultation pré et post-opératoire	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Rééducation immediate suite à hospitalisation	100% des Frais réels maxi 500 € /an	100% des Frais réels maxi 1000 € /an	100% des Frais réels maxi 2000 € /an	100% des Frais réels 100% des Frais réels
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à accident	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	maxi 2500 € /an
Traitement du cancer	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement du sida	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Dialyse rénale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Greffe d'organes	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Prothèse médicale (appareillage et prothèses internes)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors zone d'expatriation pour un deplacement de moins de 60 jours consécutifs)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels 100% des Frais réels
Transport en ambulance	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
MODULE 1 : RAPATRIEMENT SANITAIRE				
Orientation médicale hospitalière	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Avance des frais médicaux hospitaliers				
Suivi d'hospitalisation prévue >3 jours à l'étranger				
Evacuation sanitaire				
Transfert pour insuffisance du plateau technique				

(1) Après entente préalable.
(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 2000 €.
(3) Tiers payant si hospitalisation supérieure à 24 heures.
* 100% des frais réels ou 90% ou 80% des frais réels en fonction du niveau de prise en charge choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion.

MODULES 1+2

BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

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

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

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	CONFORT ACCESS	SUMMUM ACCESS
PLAFOND ANNUEL	750.000 €	1.500.000 €	2.000.000 €	ILLIMITÉ
MODULE 2 : MEDECINE COURANTE				
Honoraires médicaux	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
-Consultation généraliste	NON	maxi 40 € par acte	maxi 100 € par acte	maxi 150 € par acte
-Consultation spécialiste	NON	maxi 60 € par acte	maxi 130 € par acte	maxi 170 € par acte
-Consultation psychologue, psychiatre, psychoterapeute	NON	NON	5 consultations par an maxi 130 € par acte	5 consultations par an maxi 170 € par acte
Pharmacie	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Actes auxiliaires médicaux prescrits par un médecin (Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie, Ergothérapie, Sage Femme)	NON	100%* des Frais réels maxi 80 € par acte	100%* des Frais réels maxi 150 € par acte	100%* des Frais réels maxi 200 € par acte
Téléconsultation medecin direct	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Biologie médicale (2)	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Radiologie (Y compris IRM) (2)	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Actes techniques médicaux (2)	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Bilan de santé (Un bilan tous les 2 ans)	NON	NON	maxi 300 € /an	maxi 400 €/ an
Acte de prévention	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Vaccins	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Depistage du cancer	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Médecine douce : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Medecine traditionnelle chinoise, pédicure-podologue	NON	100%* des Frais réels 30 €/acte - maxi 240 €/an	100%* des Frais réels 50 €/acte - maxi 1000 €/an	100%* des Frais réels 70 €/acte - maxi 1600 €/an

(1) Après entente préalable.
(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 2000 €.
(3) Tiers payant si hospitalisation supérieure à 24 heures.
* 100% des frais réels ou 90% ou 80% des frais réels en fonction du niveau de prise en charge choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion.

MODULES 1+2+3+4 / 1ÈRE PARTIE

BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

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

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

	STARTER	PREMIUM	CONFORT	SUMMUM
PLAFOND ANNUEL	**750.000 €**	**1.500.000 €**	**2.000.000 €**	**ILLIMITÉ**
MODULE 1 : HOSPITALISATION (1) et (3)				
Hospitalisation chirurgicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation médicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation de jour / Chirurgie ambulatoire	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100%des Frais réels
Hospitalisation à domicile	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	NON	NON	maxi 15 jours / an	maxi 30 jours / an
Chambre à 2 lits	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Supplément Chambre privée	NON	70 € / jour	130 € / jour	190 € / jour
Lit d'accompagnement	NON	30 €/jour	40 €/jour	60 €/jour
Forfait journalier	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Consultation pré et post-opératoire	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Rééducation immediate suite à hospitalisation	100% des Frais réels maxi 500 € /an	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	100% des Frais réels
Traitement du cancer	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement du sida	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Dialyse rénale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Greffe d'organes	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Prothèse médicale (appareillage et prothèses internes)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors zone d'expatriation	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
pour un deplacement de moins de 60 jours consécutifs)				
Transport en ambulance	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
MODULE 1 : RAPATRIEMENT SANITAIRE				
Orientation médicale hospitalière	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Avance des frais médicaux hospitaliers				
Suivi d'hospitalisation prévue >3 jours à l'étranger				
Evacuation sanitaire				
Transfert pour insuffisance du plateau technique				

(1) Après entente préalable.
(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 2000 €.
(3) Tiers payant si hospitalisation supérieure à 24 heures.
* 100% des frais réels ou 90% ou 80% des frais réels en fonction du niveau de prise en charge choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion.

MODULES 1+2+3+4 / 2ÈME PARTIE

	STARTER	PREMIUM	CONFORT	SUMMUM
PLAFOND ANNUEL	750.000 €	1.500.000 €	2.000.000 €	ILLIMITÉ
MODULE 2 : MEDECINE COURANTE				
Honoraires médicaux	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
-Consultation généraliste	maxi 40 € par acte	maxi 40 € par acte	maxi 100 € par acte	maxi 150 € par acte
-Consultation spécialiste	maxi 60 € par acte	maxi 60 € par acte	maxi 130 € par acte	maxi 170 € par acte
-Consultation psychologue, psychiatre, psychoterapeute	NON	NON	5 consultations par an maxi 130 € par acte	5 consultations par an maxi 170 € par acte
Pharmacie	100%* des Frais réels maxi 3000 €/an	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Actes auxiliaires médicaux prescrits par un médecin (Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie, Ergothérapie, Sage Femme)	100%* des Frais réels maxi 40 € par acte	100%* des Frais réels maxi 80 € par acte	100%* des Frais réels maxi 150 € par acte	100%* des Frais réels maxi 200 € par acte
Téléconsultation medecin direct	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Biologie médicale (2)	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Radiologie (Y compris IRM) (2)	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Actes techniques médicaux (2)	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Bilan de santé (Un bilan tous les 2 ans)	NON	NON	maxi 300 € /an	maxi 400 €/ an
Acte de prévention	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Vaccins	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Depistage du cancer	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Médecine douce : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Medecine traditionnelle chinoise, pédicure-podologue	NON	100%* des Frais réels 30 €/acte - maxi 240 €/an	100%* des Frais réels 50 €/acte - maxi 1000 €/an	100%* des Frais réels 70 €/acte - maxi 1600 €/an
MODULE 3 : OPTIQUE DENTAIRE APPAREILLAGE				
OPTIQUE	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Verre + monture	maxi 200 €	maxi 300 €	maxi 500 €	maxi 700 €
Lentilles (jetables comprises)	maxi 100 €/ an	maxi 200 €/ an	maxi 300 €/ an	maxi 400 €/ an
Chirurgie refractive de l'œil	NON	NON	100%* des Frais réels maxi 500 €/ an	100%* des Frais réels maxi 700 €/ an
DENTAIRE Plafond limité à 50% la 1ere année	100%* des Frais réels maxi 600 € /an	100%* des Frais réels maxi 1000 € /an	100%* des Frais réels maxi 2000 € /an	100%* des Frais réels maxi 3000 € /an
Soins dentaires	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
Prothèses dentaires y compris inlays onlays et implants	100%* des Frais réels maxi 150 €/dent	100%* des Frais réels maxi 200 € par dent	100%* des Frais réels maxi 400 €/dent	100%* des Frais réels maxi 600 € /dent
Orthodontie des enfants entre 3 et 16 ans et maxi 3 ans	NON	100%* des Frais réels maxi 600 € / an	100%* des Frais réels maxi 1000 € /an	100%* des Frais réels maxi 1200 € /an
APPAREILLAGE ET DISPOSITIFS MEDICAUX Orthèses, Prothèses auditives, Semelles orthopédiques, Matériel, petit appareillage et accessoires de traitement	NON	100%* des Frais réels maxi 300 € /an	100%* des Frais réels maxi 600 € /an	100%* des Frais réels maxi 1000 € /an
MODULE 4 OPTIONNEL : MATERNITÉ (1) et (3)				
Suivi de grossesse, consultations, pharmacie, examens et soins pré-accouchement et post-partum (soumis au plafond annuel général)	NON	100%* des Frais réels Maxi par acte du module 2	100%* des Frais réels Maxi par acte du module 2	100%* des Frais réels Maxi par acte du module 2
Maternité	NON	100%* des Frais réels maxi 2500 €/ an	100%* des Frais réels maxi 5000 €/ an avec maxi 3000 € en zone A	100%* des Frais réels maxi 7500 €/ an avec maxi 4000 € en zone A
En cas d'accouchement avec chirurgie	NON	100%* des Frais réels maxi 5000 €/ an	100%* des Frais réels maxi 10000 €/ an avec maxi 6000 € en zone A	100%* des Frais réels maxi 15000 €/ an avec maxi 6000 € en zone A
dont frais d'accouchement et ses suites	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
dont séance de préparation à l'accouchement	NON	maxi 125 €	maxi 200 €	maxi 300 €
dont test de dépistage VIH	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
dont diagnostic des anomalies chromosomiques	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels
dont transport en ambulance	NON	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels	100%* des Frais réels

(1) Après entente préalable.
(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 2000 €.
(3) Tiers payant si hospitalisation supérieure à 24 heures.
* 100% des frais réels ou 90% ou 80% des frais réels en fonction du niveau de prise en charge choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion.

ARTICLE 3 - LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES

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

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

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

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

ARTICLE 4 - ENGAGEMENT MAXIMUM

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

- 750.000 € pour la formule BASIC ;
- 750.000 € pour la formule STARTER ;
- 1.500.000 € pour la Formule PREMIUM ACCESS ;
- 1.500.000 € pour la Formule PREMIUM ;
- 2.000.000 € pour la formule CONFORT ACCESS ;
- 2.000.000 € pour la Formule CONFORT ;
- Illimité pour la formule SUMMUM ;
- Illimité pour la formule SUMMUM ACCESS

ARTICLE 5 - ETENDUE TERRITORIALE

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

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

Vos garanties s'appliquent au remboursement des frais qui ont été exposés dans la Zone géographique de garantie qui vous est applicable. Néanmoins, vos garanties auront également lieu de s'appliquer comme suit :

- dans les Zones A, B et C si votre Zone géographique de garantie est la Zone D ;
- dans les Zones A et B si votre Zone géographique de garantie est la Zone C ;
- dans la Zone A si votre Zone géographique de garantie est la Zone B.

5.2 En cas d'urgence, suite à un accident ou à une maladie inopinée, les frais de santé d'urgence exposés dans des pays situés hors de la Zone géographique de garantie applicable seront garantis s'ils sont exposés par Vous ou par vos Ayants droit pendant un déplacement privé ou professionnel de 60 jours maximum, et s'ils n'étaient prévisibles avant ledéplacement. Les frais de déplacement restent à votre charge exclusive.

ARTICLE 6 - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

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

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

Hospitalisation

- tous les frais relevant de cette garantie.

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

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

Chambre individuelle

- si les chambres doubles n'étaient pas disponibles dans d'hôpital que vous avez choisi, nous prendrons en charge pour les produits PREMIUM (ACCESS), CONFORT (ACCESS) et SUMMUM (ACCESS) le coût de la chambre standard pratiqué par l'établissement dans le cadre de la prestation «Supplément Chambre individuelle ».

Afin de limiter votre reste à charge, nous vous recommandons de bien vouloir vérifier cette information lors du choix de l'hôpital. Le service médical GAPI peut vous recommander un hôpital dans votre pays d'expatriation.

Maternité

- les frais relatifs à l'accouchement ;
- les frais relatifs à l'accouchement chirurgical ;

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

Frais médicaux courants

- les frais d'actes techniques médicaux lorsque leur montant est supérieur à 2000 € ;
- les frais d'actes de radiologie, d'imagerie médicale et d'analyses médicales lorsque leur montant est supérieur à 2000 €.

Dentaire

- les frais de parodontologie.

6.3 En cas de non-respect de la procédure d'entente préalable, une franchise de 20% sera appliquée par le délégataire sur le remboursement des prestations sous réserve que ces frais soient contractuellement garantis et médicalement nécessaires.

ARTICLE 7 - PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE

7.1 La prise en charge directe hospitalière est le paiement des frais de santé, par le Délégataire, directement à l'Etablissement de Santé Eligible en France ou par l'intermédiaire de la compagnie d'assistance (hors France)..

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

Hospitalisation

La prise en charge directe hospitalière est réservée aux programmes frais de santé en complément de la CFE ou au 1er euro; pas de prise en charge directe dans le cadre d'un programme en complément de la CPAM.

- l'ensemble des frais relatifs à une Hospitalisation **à l'exception des consultations pré et post hospitalières, du transport par ambulance terrestre et des Hospitalisations de moins de 24 heures.**

Maternité

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

ARTICLE 8 - DELAIS D'ATTENTE

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

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

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

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

ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

9.1 Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez faire parvenir au Délégataire une demande de remboursement accompagnée des **pièces originales** justificatives suivantes :

- La **prescription médicale** ;
- La **facture détaillée et acquittée accompagnée de son justificatif de règlement,** ainsi que les **notes d'honoraires** de tout praticien et de tout Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **décomptes des prestations** de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française lorsque la garantie est souscrite en complément des prestations versées par l'un de ces organismes ;
- Pour les **soins effectués en France** : la **feuille CERFA** remplie par le praticien, la pharmacie ou l'Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **reçus délivrés par les pharmacies** avec la prescription relative ;
- L'**accord du Délégataire** pour les soins soumis à une demande d'entente préalable (article 6-II). En cas d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, la prise en charge par la compagnie est subordonnée à la fourniture du rapport médical de santé ou du rapport médical d'hospitalisation.
- Si les frais ont été engagés hors de la Zone géographique de garantie qui vous est applicable : la preuve que les frais engagés sont bien des prestations garanties.
- Tout document que l'Assureur ou son Délégataire juge nécessaire.

Les factures digitales des soins et des prescriptions sont acceptées.

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

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

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

Les prestations sont réglables en euros selon le taux de change en vigueur à la date des soins sur la base des journaux financiers utilisés par l'Assureur ou par son Délégataire.

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

Les frais des banques intermédiaires restent à votre charge exclusive.



ARTICLE 10 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les risques suivants :

- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires notamment des médicaments incluant ces substances dans des doses non prescrites par un médecin,
- Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- Les frais de transport relatifs à une prestation non garantie,
- Les frais liés à un état pathologique ou à des blessures, constitués antérieurement à l'adhésion sauf accord de l'Assureur,
- Les frais de médecine préventive, à l'exception de ceux pris en charge par la convention,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et de convalescence lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation médicale,
- Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé à l'exception des centres de rééducation immédiatement après une hospitalisation donnant droit à prestation,
- Les frais de séjour ou de traitement engagés dans un établissement d'hydrothérapie, thermal, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital,
- Les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel,
- Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé,
- Les frais résultant de la participation à des guerres, rixes, émeutes, mouvements populaires, emprisonnement, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Les frais résultant de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires,
- Les dépenses relatives aux services ou produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais,
- Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'auraient pas été respectés,
- Les frais non mentionnés dans la présente convention,
- Les soins relatifs aux affections mentionnées sur le certificat d'adhésion,
- Les frais relatif au traitement de la stérilité
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- Les cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement, y compris leurs suites,
- Les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie,
- Les hospitalisations liées aux affections psychiatriques au-delà du 30ème jour d'hospitalisation,
- Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat,
- Les frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique ...),
- Les frais relatifs à des soins non prescrits ou non effectués par un praticien régulièrement autorisé,
- Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'entente préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée,
- Tout frais résultant :

- Des conséquences de la désintégration du noyau atomique,
- De rayonnements ionisants ou d'une contamination par la radioactivité de déchets nucléaires résultant de la combustion de combustible nucléaire ou résultant d'une propriété radioactive, toxique, explosive ou toute autre propriété dangereuse d'un ensemble nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire de cet ensemble,
- De la contamination chimique, de la guerre, d'une invasion, de l'acte d'un ennemi étranger, d'hostilités (qu'il y ait ou non- renversement militaire ou un coup d'état ou de la participation déclaration de guerre), d'activités terroristes, d'une guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un à un soulèvement populaire ou à une émeute de toute nature,
- De catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême,
- Des conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens.

- Les frais relatifs aux maladies tropicales contractées sans traitement préventif si elles ont été contractées hors du pays d'expatriation et dans les 3 mois suivants l'adhésion si elles ont été contractées dans le pays d'expatriation.

L'Équité GENERALI assur-travel Partenaire de votre mobilité

DÉCOUVREZ médecindirect

à vos côtés, où que vous soyez

Une question de santé ? Consultez un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou par vidéo 24h/24 et 7/7.

La téléconsultation médicale MédecinDirect est 100% prise en charge par votre assureur.

COMMENT ÇA MARCHE ?

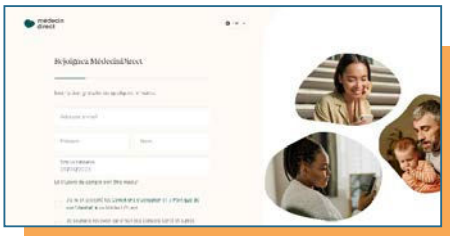
Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

1



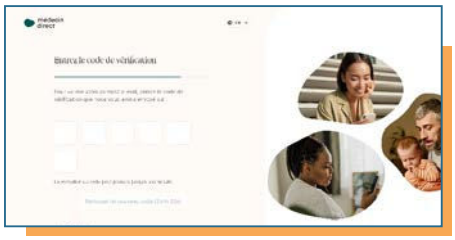
Rendez-vous sur le site www.medecindirect.fr ou sur l'application gratuite MédecinDirect (disponible sur iOS et Android).

2



Remplissez le formulaire d'inscription pour créer votre compte, en renseignant votre numéro de téléphone, puis définissez votre mot de passe.

3



Entrez le code de vérification envoyé sur votre adresse mail pour valider votre inscription.

4



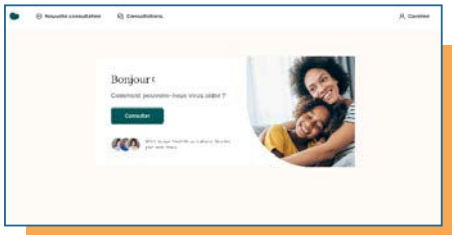
Renseignez le nom de votre assureur, entreprise ou mutuelle afin de bénéficier de consultations 100% prise en charge.

5

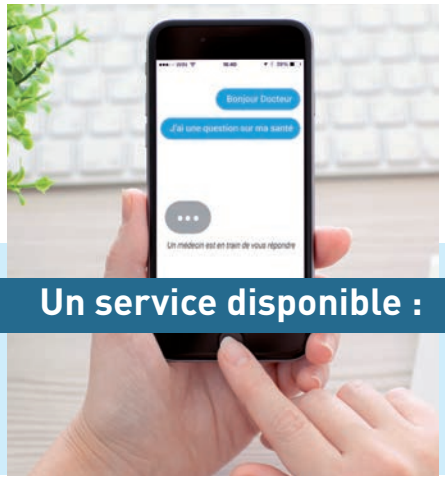


Afin d'activer votre code avantage, renseignez votre numéro d'adhérent qui vous a été communiqué lors de votre inscription.

6



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



Un service disponible :

24/7 — **Par écrit** — **Par téléphone** — **Par vidéo**

III. LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT

SOMMAIRE

Garantie Assistance Rapatriement

NOI22 004 05AF 2206 0AE2

ARTICLE 1. DEFINITIONS RELATIVES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE 20

ARTICLE 2. DOMAINE D'APPLICATION 22

2.1 BÉNÉFICIAIRES 22
2.2 VALIDITÉ DES GARANTIES 22
2.3 TERRITORIALITÉ 22
2.4 FAITS GÉNÉRATEURS 22
2.5 INTERVENTION 22
• EN CAS DE SITUATION EXCEPTIONNELLE EN LIEN AVEC UNE URGENCE 22
• HORS SITUATION D'URGENCE 22
2.6 MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES 22
2.7 CLAUSE DE LIMITATION 22

ARTICLE 3. EFFETS DES GARANTIES 23

ARTICLE 4. CESSATION DE L'ADHÉSION DES ASSURÉS 23

ARTICLE 5. GARANTIES COUVERTES 24

5.1 NATURE DES GARANTIES 24
5.2 TABLEAU DE GARANTIES 24
5.3 ZONE DE COUVERTURE DES GARANTIES 24
5.4 MONTANT DES PRESTATIONS 24
5.5 LIMITATION DES REMBOURSEMENTS AUX FRAIS RÉELS 24

ARTICLE 6. GARANTIES D'ASSISTANCE 25

6.1 ORIENTATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE 25
6.2 AVANCE DE FRAIS MÉDICAUX HOSPITALIERS 25
6.3 SUIVI D'HOSPITALISATION PRÉVUE SUPÉRIEURE À 3 JOURS À L'ÉTRANGER ET CONTRÔLE DES COÛTS 25
6.4 LE TRANSPORT SANITAIRE 25
6.5 TRANSFERT POUR INSUFFISANCE DE PLATEAU TECHNIQUE 25

ARTICLE 7. EXCLUSIONS 26

ARTICLE 8. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 27

8.1 CALCUL DE LA PRIME 27
8.2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHÉRENT 27
8.3 RÉVISION ET INDEXATION ANNUELLE DES COTISATIONS 27
8.4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 27
8.5 COMPORTEMENT ABUSIF 27
8.6 FAUSSES DÉCLARATIONS 27
8.7 SUBROGATION 27
8.8 PRESCRIPTION 27
8.9 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 27
8.10 RÉCLAMATION ET MÉDIATION 28

ARTICLE 9. OBLIGATIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE 28

ARTICLE 10. COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE ? 29

ARTICLE 11. TABLEAU DES GARANTIES D'ASSISTANCE 29



ARTICLE 1. DÉFINITIONS RELATIVES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

Accident corporel :

Evénement soudain et fortuit, involontaire et imprévisible, d'origine extérieure au corps humain, sans rapport avec une maladie aigüe ou chronique, qui entraîne des dommages physiques constatés par un Médecin.

Accident grave :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par un médecin et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

Adhérent :

Toute personne déclarée par le Souscripteur, dénommée ci-après l'Adhérent ou Assuré, sur lequel repose les intérêts de l'assurance et dont l'identité est portée aux Conditions Particulières du présent contrat.

Assisteur :

Dans le présent contrat, ASSUR TRAVEL ASSISTANCE est remplacée par le terme "nous". Les Prestations sont garanties par RESSOURCES MUTUELLE ASSISTANCE et mises en œuvre par LLT CONSULTING, l'ensemble constituant VYV International Assistance, ci-après dénommé « **VYV IA** ».

Assuré et/ou Bénéficiaire :

Le membre de l'association ayant adhéré au contrat souscrit pour bénéficier de l'Assistance mobilité internationale.

Attentat :

Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays de déplacement, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet Attentat doit être recensé et qualifié comme tel par le ministère des Affaires étrangères français ou le ministère de l'intérieur, notamment suite à la revendication des auteurs présumés de l'Attentat. Si plusieurs Attentats ont lieu le même jour, dans le même pays, et si les autorités le considèrent comme une seule et même action coordonnée, cet événement sera considéré comme étant un seul et même événement.

Bagages :

Effets et objets personnels transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 23 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur, à l'exclusion des effets vestimentaires que vous portez.

Blessure :

Altération brutale de la santé provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure non intentionnelle de la part de la victime constatée par une autorité médicale compétente.

Cas de force majeure :

Evénements exceptionnels imprévisibles et irrésistibles auxquels on ne peut faire face.

Catastrophe naturelle :

Intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine. Phénomène, tel qu'un tremblement de terre, un séisme, une éruption volcanique, un raz-de-marée, une avalanche, une tempête, un cyclone, une inondation, un feu de forêt, un mouvement de terrain ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu et qualifié comme tel par les pouvoirs publics.

Conditions préexistantes :

Toutes pathologies de l'Assuré antérieures à l'adhésion au contrat nécessitant un traitement continu ou ayant donné lieu à des Hospitalisations.

Conjoint :

Epoux/épouse, concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

Définition de l'assistance aux personnes :

L'Assistance aux personnes comprend l'ensemble des Prestations mises en œuvre en cas de Maladie, blessure ou décès de la personne assurée, dans votre pays de Domicile.

Délégataire :

C'est la tierce partie mandatée par l'assureur ou l'association pour gérer les différentes tâches de gestion qui lui ont été confiées. Dans le cadre du contrat, le Délégataire de l'assureur est GAPI – adresse postale 99 rue Parmentier – Parc Actiburo – 59650 Villeneuve d'Ascq – Orias : 10056960.

Domicile :

Est considéré comme Domicile, votre lieu d'habitation principal et habituel, et figurant sur votre déclaration d'impôt sur le revenu.

Epidémie :

Apparition et propagation d'une Maladie infectieuse et contagieuse, déclarée comme telle par l'OMS, qui frappe en même temps et en un même endroit un grand nombre de personnes.

Etranger :

Pays autre que celui de situation du Domicile.

Exécution des prestations :

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de VYV IA En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par l'Assuré ne pourra être remboursée par VYV IA.

Frais d'hébergement :

Frais de nuitée à l'hôtel, y compris le petit déjeuner.

Frais médicaux hospitaliers :

Ensemble des éléments de consultations, examens complémentaires, actes médicaux, pharmacie et Frais de séjour concourant à la prise en charge d'une pathologie dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour de 24 heures minimum. Les montants et les actes couverts sont fixés contractuellement.

France :

La notion « France » signifie France métropolitaine et Principauté de Monaco.

France métropolitaine :

Territoire européen de la France (y compris les îles proches de l'océan Atlantique, de la Manche et de la mer Méditerranée), à l'exception des collectivités d'outre-mer.

Franchise :

Partie des coûts engagés restant à votre charge.

Hospitalisation :

Tout séjour comprenant au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé hors séjour pour convalescence.

Infraction volontaire :

Tout acte pouvant être associé à son auteur, qui porte préjudice ou menace de danger l'intérêt de la société, et qui est passible d'une sanction pénale.

Lieu de résidence :

Est considéré comme lieu de résidence votre lieu d'habitation principal et habituel, et figurant sur votre déclaration d'impôt sur le revenu.

Limite par évènement :

Montant maximum garanti pour un même événement donnant lieu à Sinistres, quel que soit le nombre d'Assurés au contrat.

Maladie :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un Accident Corporel, n'ayant pas fait l'objet d'une Hospitalisation continue ou d'une Hospitalisation de jour ou d'une Hospitalisation Ambulatoire dans les six mois précédent l'évènement, dûment constatée par une autorité médicale compétente.

Maximum par évènement :

Dans le cas où la garantie s'exerce en faveur de l'Assuré victime d'un même événement, la garantie de l'Assureur est en tout état de cause limitée au montant maximum prévu au titre de cette garantie.

Médecin :

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

Membre de la famille :

Par membre de la Famille, on entend le Conjoint ou concubin vivant sous le même toit, un enfant, le père ou la mère.

Nous :

VYV International Assistance, ci-après dénommée par son nom commercial « VYV IA ».

Nullité :

Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

Pandémie :

Apparition et propagation mondiale d'une nouvelle Maladie contagieuse et infectieuse, déclarée comme telle par l'OMS.

Pays d'origine :

Est considéré comme pays d'origine celui dont vous êtes ressortissant.

Pays d'expatriation :

Est considéré comme pays d'expatriation, le pays de Domicile. Il est obligatoirement différent du pays d'origine.

Prescription :

Période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Proche :

Par Proche, on entend le Conjoint ou concubin vivant sous le même toit, un enfant, le père ou la mère. A défaut, à titre dérogatoire et selon des conditions présentées, VYV IA pourra accepter la désignation d'une tierce personne.

Quarantaine :

Isolement de la personne, en cas de suspicion de Maladie ou de Maladie avérée, décidée par une autorité compétente locale, en vue d'éviter un risque de propagation de ladite Maladie dans un contexte d'Epidémie ou de Pandémie.

Risque politique majeur :

Tout événement lié à la situation politique d'un pays ou d'une partie d'un pays pouvant mettre en péril la sécurité du Bénéficiaire, reconnu comme tel par le Ministère des Affaires étrangères.

Sinistre :

Toutes les conséquences dommageables d'un événement entraînant l'application de l'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même Sinistre l'ensemble des dommages relevant de l'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même Sinistre l'ensemble des dommages procédant d'une même cause initiale.

Soins ambulatoires :

Tout acte d'exploration médicale ou de chirurgie (notamment actes réalisés sous anesthésie générale, Hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) n'incluant pas de nuit en établissement hospitalier privé ou public.

Soins externes :

Toutes consultations, tous examens, tous soins curatifs ou préventifs, réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique et de maintien en établissement hospitalier privé ou public au-delà du jour de l'acte médical.

Soins itératifs :

A partir d'un événement médical initial, ce sont tous les soins ou examens qui devront être réalisés de manière périodique en lien avec cet événement médical. Les soins itératifs ne donnent pas lieu à la prise en charge par l'assisteur des déplacements, au-delà du premier événement.

Souscripteur :

L'association ayant souscrit le contrat collectif à adhésion facultative ou obligatoire pour le compte de ses Adhérents, également dénommés les Assurés.

Subrogation :

Action par laquelle nous nous substituons dans vos droits et actions contre l'éventuel responsable de vos dommages afin d'obtenir le remboursement des sommes que nous vous avons réglées à la suite d'un Sinistre.

Tiers :

Toute personne physique ou morale, à l'exclusion de la personne assurée, des membres de sa Famille, des personnes l'accompagnant, de ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions.

Trajet :

Itinéraire parcouru jusqu'au lieu de destination indiqué sur le billet pour un voyage, quel que soit le nombre de vols empruntés, qu'il s'agisse du trajet aller ou du trajet retour.

Transport sanitaire :

Opération qui consiste à transporter un malade ou un blessé dont l'état justifie le recours à un transport adapté et assisté vers un lieu d'Hospitalisation adapté ou vers son Domicile.

Urgence médicale :

Hospitalisation d'urgence, c'est-à-dire un séjour de plus de vingt-quatre (24) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée.

Vous :

La personne Assurée.

ARTICLE 2. DOMAINE D'APPLICATION

2.1 BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme Adhérent / Assuré / Bénéficiaire :
- La totalité des membres entrant dans la catégorie des Adhérents en Assistance mobilité internationale de l'Association souscriptrice à jour de leur cotisation d'assurance,
- La personne physique, désignée par l'Association souscriptrice, dans le bulletin d'adhésion, ayant son Domicile à l'Etranger.

2.2 VALIDITÉ DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la durée de l'expatriation dans le pays de la zone géographique de garantie correspondante pour laquelle les Assurés définis au présent contrat sont couverts.

2.3 TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent dans le monde entier.

2.4 FAITS GÉNÉRATEURS

Les évènements générateurs sont développés dans la description de chacune des garanties ci-après définies et s'appliquent à la suite d'événements, tels que l'accident corporel, la Maladie, le décès.

2.5 INTERVENTION

En cas de situation exceptionnelle en lien avec une urgence
La mise en œuvre des garanties d'assistance est impérativement subordonnée à la réception par VYV IA de l'appel téléphonique d'un Bénéficiaire 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, au numéro suivant :

00 33 86 85 00 51 depuis l'étranger,

Les appels auprès du service d'assistance doivent être effectués préalablement à toute initiative, sauf cas de force majeure. La demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, VYV IA pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Toute dépense engagée sans l'accord de VYV IA ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge à posteriori.

Hors situation d'urgence
Les bénéficiaires peuvent saisir VYV International Assistance par mail, à l'adresse suivante :

authorization@vyv-ia.com

Lors du premier contact, les Bénéficiaires doivent communiquer leur identité, leur localisation et le numéro de téléphone auquel ils peuvent être joints. Ils exposent les difficultés qui motivent leur demande.
En cas de problème médical, ils communiquent le numéro de téléphone du médecin présent sur place ou de l'établissement hospitalier ainsi que les heures auxquelles ils sont joignables.

2.6 MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

La mise en œuvre des garanties s'applique en tenant compte des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques, sanitaires et juridiques propres au lieu de l'événement couvert et constatées lors de la survenance d'un fait générateur.

Les garanties sont mises en œuvre par VYV IA ; les frais directement engagés par un Bénéficiaire pourront toutefois être remboursés par VYV IA sur présentation de justificatifs et sous réserve de son accord préalable pour leur engagement dans le respect des conditions contractuelles.

Lorsque VYV IA prend en charge le coût d'un Transport Sanitaire d'un Bénéficiaire ou du Transport d'un accompagnant, le Bénéficiaire ou l'accompagnant autorise VYV IA à procéder à la modification de la date du billet Retour, conformément aux dispositions du titre de Transport, les Frais liés à cette modification étant pris en charge par VYV IA.

A défaut, le titulaire du titre du transport est tenu personnellement d'indemniser VYV IA à hauteur de la somme qu'il aurait obtenue s'il avait exercé son droit au remboursement.

Le remboursement ou, le cas échéant, l'indemnité est exigible dans les 3 mois suivant la date du sinistre. Le remboursement n'est pas dû dans le cas où le titulaire du titre de transport a été empêché d'exercer son droit au remboursement.

Les Prestations non garanties que VYV IA accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un Bénéficiaire sont considérées comme une avance de fonds remboursable par le Bénéficiaire de la garantie dans un délai d'un mois à compter de la mise en œuvre de la garantie. A ce titre, le Bénéficiaire s'engage à transférer une garantie financière reconnue et constatée par VYV IA d'une valeur équivalente aux sommes nécessaires pour la mise en œuvre de l'avance de fonds.

La garantie « Avance de Frais Médicaux Hospitalier » est effective à la condition pour l'assuré d'avoir souscrit un contrat Santé. A ce titre, elle n'est pas portée par VYV IA. En revanche, VYV IA en assure sa mise en œuvre après d'ASSUR TRAVEL, délégataire de l'assureur Santé. Le montant maximum par engagement est défini par les conditions générales du contrat Santé.
Dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance, l'Assuré autorise expressément VYV IA à accéder et à prendre connaissance des informations mentionnées sur le certificat d'adhésion lors la gestion d'un évènement de santé.
D'autre part, si un événement ou un fait générateur (maladie, accident) impactant l'Assuré, n'est pas couvert par l'Assureur santé, VYV IA ne pourra pas mettre en œuvre les prestations d'assistance.
Enfin, la mise en œuvre des garanties liées aux frais de santé par l'Assureur santé ne déclenche pas systématiquement la mise en œuvre par VYV IA des garanties d'assistance, une prise en charge par l'Assureur Santé étant une condition minimale mais non suffisante.

2.7 CLAUSE DE LIMITATION

VYV IA ne sera pas tenu par la couverture d'une garantie d'assistance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et règlementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

La responsabilité de VYV IA ne saurait être recherchée en cas de non-exécution, ou d'exécution partielle ou contretemps à l'exécution des garanties, si ceux-ci résultent de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, séquestration d'un Bénéficiaire, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques, refus des médecins traitants ou professionnels de santé locaux de collaborer avec VYV IA. VYV IA s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

VYV IA n'est pas tenu des conséquences liées à une infraction volontaire à la législation locale en vigueur.

VYV IA n'est plus tenue à l'exécution de ses garanties en cas de refus par un Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin demandés par l'équipe médicale de VYV IA ou bien en cas de refus d'un Assuré, selon le cas, du transport sanitaire, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation proposés par les médecins de VYV IA ou bien encore en cas d'opposition d'un Bénéficiaire à la communication de l'intégralité des données médicales nécessaires à l'équipe médicale de VYV IA.

La responsabilité de VYV IA ne peut être engagée pour tout dommage consécutif à la mise en œuvre ou l'absence de mise en œuvre d'un transport sanitaire ou du choix d'un hôpital qui résulterait d'informations, d'avis ou de diagnostics médicaux erronés reçus des équipes médicales locales que l'obligation de vigilance définie selon les usages de l'exercice de la régulation médicale ne permettrait pas de déceler.

VYV IA n'est plus tenue à l'Exécution de ses garanties dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique et/ou pandémique faisant l'objet d'une mise en Quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. Par dérogation pour le covid 19, l'Assuré bénéficie des garanties , notamment celle relative au transport sanitaire, s'il justifie être à jour des vaccinations obligatoires et/ou recommandées en France.

VYV IA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

ARTICLE 3. EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont effectives, pour chaque membre du souscripteur qui prend la qualité d'Assuré, lors de la prise d'effet du contrat Santé (hors période de délai d'attente) souscrit auprès de L'Equité sous la référence AQ0019 ou AQ 001939, pour lequels les garanties d'assistance sont incluses.

ARTICLE 4. CESSATION DE L'ADHÉSION DES ASSURÉS

Une fois affilié et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la mutualité en cas de fausse déclaration, l'Assuré appartenant à la catégorie de l'assistance mobilité internationale ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Les garanties cessent en tout état de cause :

1. Pour chaque assuré :
- Dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de l'assistance mobilité internationale à laquelle le contrat s'applique,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code de la Mutualité,
- En cas de fausse déclaration,
- En cas de décès de l'Assuré,
- En cas de résiliation de son adhésion au contrat collectif,
- En cas de résiliation du Contrat d'assurance groupe auquel est rattachée la présente Notice d'information.

2. Pour la totalité des Assurés (catégorie de personnes expatriées précitée) :
- A la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance collectif,
- A la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'Assuré.

La cotisation doit être payée dans les dix jours suivant son échéance. A défaut de paiement de la cotisation, la garantie peut être suspendue et éventuellement le contrat résilié.
La suspension des garanties interviendra automatiquement après un délai de 30 jours qui prend naissance à la suite de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, à ASSUR-TRAVEL. Il appartient à ASSUR-TRAVEL d'en informer sans délai les assurés. Une fois le contrat suspendu, l'Assuré reste redevable des cotisations impayées et des frais de recouvrement. En cas de survenance d'un sinistre pendant cette période, il resterait à la charge de l'Assuré quelle que soit sa gravité.
En effet, la lettre de mise en demeure rend exigible la totalité de la cotisation annuelle même en cas de fractionnement. En outre, elle est valable dès lors qu'elle est envoyée à la dernière domiciliation connue d'ASSUR-TRAVEL. De plus par le biais de cette procédure de suspension de garantie, le contrat peut être résilié à l'issue d'un délai de 10 jours qui a pour point de départ la prise d'effet de la suspension, la résiliation prenant effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat produit à nouveau ses effets le lendemain à midi du jour où intervient le paiement à condition qu'ASSUR-TRAVEL procède au règlement intégral des cotisations et frais dus et ceci avant toute résiliation de notre part.

ARTICLE 5. GARANTIES COUVERTES

5.1 NATURE DES GARANTIES

La garantie consiste à organiser, prendre en charge, avancer, suivre ou informer les Assurés face à des événements inopinés, dans la limite spécifique de chaque garantie. L'Assuré comprend que seule une obligation de moyen et non de résultat est attachée à chaque garantie.

Lorsque les événements couverts sont en lien avec des soins (accident ou maladie inopinée), ils doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

Si l'Assuré est couvert par un autre assisteur, assureur ou équivalent, les prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.
Pour toute hospitalisation, une autorisation préalable de VYV IA est requise.

5.2 TABLEAU DE GARANTIES

Les Assurés sont couverts par les garanties décrites en Article 6, conformément à l'information qui aura été transmise par le Souscripteur au moment de l'affiliation des Assurés. Aussi, les Assurés sont garantis pour l'ensemble des prestations mentionnées dans l'Article 6. Ils ne seront pas couverts pour des prestations qui ne seraient pas mentionnées dans le tableau.

Les garanties et les plafonds de garantie mentionnés dans l'Article 6 sont exprimés en frais réels et en complément des prestations versées par des tiers (Assureur), par Assuré et par événement.

Frais réels :
Par frais réels, il faut entendre les frais habituels et raisonnables déterminés sur la base du tarif couramment pratiqué dans le pays ou l'Etat concerné.
Le caractère raisonnable et habituel est apprécié en fonction de la pratique prévalant dans le pays où les dépenses sont dispensées. Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entrainer un refus de prise en charge ou une limitation du montant de prise en charge ou de remboursement.

Si les frais engagés sont manifestement déraisonnables et inhabituels au vu des tarifs communément pratiqués (cas notamment des établissements de soins et praticiens) dans le pays ou l'Etat concerné, VYV IA peut déduire le montant pris en charge au prorata des tarifs habituellement et raisonnablement pratiqués.

Plafond de garanties :
- **Le plafond de garanties, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que VYV IA paiera pour l'ensemble des garanties, par assuré affilié, qui peut être appliqué soit « par année d'assurance » ou « par événement ».**

5.3 ZONE DE COUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties doivent avoir été mises en jeu pendant la période d'assurance dans un des pays de la zone géographique de garantie correspondante pour laquelle les Assurés définis à la présente Notice d'information sont couverts, c'est-à-dire dans le pays d'expatriation.

5.4 MONTANT DES PRESTATIONS

Lorsque l'Assuré avance des frais, au titre d'une garantie éligible au contrat, et sous réserve d'un accord de VYV IA avant les débours, les remboursements sont effectués en EUROS (EUR), selon le taux de change en vigueur à la date de la facture, à concurrence des maximas indiqués ci-après dans l'Article 6, par personne assurée, par événement et dans la limite des frais réels.

5.5 LIMITATION DES REMBOURSEMENTS AUX FRAIS RÉELS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par un événement éligible ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.
Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).
VYV IA réserve la possibilité de demander la justification des frais, et peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre contrat d'assurance dont bénéficieraient les Bénéficiaires.

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à VYV IA, les indemnités trop perçues. Ce dernier peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues à l'Assuré.

ARTICLE 6. GARANTIES D'ASSISTANCE

6.1 ORIENTATION MÉDICALE HOSPITALIERE

VYV IA vous propose, soit par téléphone, soit par mail, un choix d'établissements hospitaliers de référence. VYV IA est liée par convention avec des établissements hospitaliers sélectionnés dans le pays (ou les villes) où le plateau technique se révèle compatible avec les impératifs médicaux d'une part, et dont les coûts sont préalablement validés ou contrôlés par l'intermédiaire de structures spécialisées, d'autre part. Dans tous les cas le réseau sélectionné par VYV IA s'efforce de satisfaire aux normes de compétences techniques et financières les meilleures, compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré. **In fine, le bénéficiaire choisit son établissement de soin.**

Cette garantie nous engage à vous informer, dans les conditions décrites.

6.2 AVANCE DE FRAIS MÉDICAUX HOSPITALIERS

Cette garantie ne couvre pas le remboursement de frais de santé durant la période de couverture. L'avance des Frais Médicaux Hospitaliers vous permet uniquement de bénéficier d'un tiers payant après accord préalable de l'assureur santé que vous avez choisi. Ainsi, VYV IA peut faire l'avance des Frais Médicaux Hospitaliers à concurrence du plafond indiqué à l'article 2.6.

Cette garantie est limitée à l'Assuré bénéficiaire d'une garantie Frais de santé souscrite auprès d'un assureur santé reconnu par VYV IA.

A ce titre, l'Assuré s'engage à transférer une garantie financière reconnue et constatée par VYV IA d'une valeur équivalente aux sommes nécessaires pour la mise en œuvre de l'avance de fonds liée aux frais médicaux hospitaliers.

L'appel préalable à VYV IA, soit par l'établissement hospitalier, soit par le Bénéficiaire lui-même ou par toute personne disposée à lui porter aide et Assistance, **est la règle.**

Pour les soins programmés, un délai de prévenance de 5 jours ouvrés est obligatoire.
Si le Bénéficiaire est affilié à un programme de couverture de ses dépenses de santé (sécurité sociale, CFE, assurance santé, mutuelle santé), dans le cadre d'une Hospitalisation programmée, avec une demande d'entente préalable, VYV IA peut avancer le montant des Frais Médicaux Hospitaliers, dans la Limite indiquée. Cette démarche est conditionnée à l'acceptation par l'Assuré de donner une Subrogation à VYV IA pour le recouvrement des sommes dues.
Lorsqu'un Bénéficiaire, victime d'un Accident ou d'une Maladie, fait appel à VYV IA et est hospitalisé, VYV IA effectue, après avoir délivré un accord de prise en charge, l'avance des Frais Médicaux Hospitaliers dans la Limite de la convention établie en accord et pour le compte de l'Assureur santé ou son délégataire.
Lorsque VYV IA, pour raison médicale, est amenée à transférer un Bénéficiaire vers un autre pays, la garantie des Frais Médicaux Hospitaliers est assurée dans ce pays, dans les mêmes conditions que décrites ci-dessus. L'avance des Frais Médicaux Hospitaliers, hors urgence médicale, est subordonnée à l'utilisation du réseau de VYV IA ou à l'avis de ses Médecins.
Au titre de l'avance, les Frais Médicaux Hospitaliers ne sont pas couverts par VYV IA dans le cadre de la délégation de souscription du contrat d'Assistance accordé par RMA. L'intervention de VYV IA n'est pas automatique, elle doit être déclenchée par le Bénéficiaire ou un Tiers disposé à lui porter aide et Assistance. Dans l'hypothèse où ce dernier n'a pas jugé utile de prévenir VYV IA, le Bénéficiaire adressera ses Frais Médicaux directement à l'Assureur santé.

Cette garantie nous engage à vous avancer les Frais nécessaires dans la limite indiquée dans le Tableau de Garanties.

6.3 SUIVI D'HOSPITALISATION PRÉVUE SUPÉRIEURE A 3 JOURS A L'ÉTRANGER ET CONTRÔLE DES COUTS

L'équipe de VYV IA doit avoir libre accès auprès du patient et à son dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Dans tous les cas d'Hospitalisation à l'Etranger, déclarées à VYV IA, son équipe médicale met en place une procédure de suivi médical régulier qui lui permet :
- de surveiller la qualité des soins et les Prestations préconisées ;
- de contrôler la durée et les conditions de l'Hospitalisation.

VYV IA peut ainsi contenir les coûts de cette Hospitalisation dans la limite des coûts habituels et raisonnables pratiqués dans le pays concerné compte tenu de la pathologie et des capacités médicales de l'hôpital. Le Bénéficiaire accepte tout changement de centre hospitalier préconisé par l'équipe de VYV IA.

Cette garantie nous engage à suivre les informations liées à votre parcours medical, dans les conditions décrites.

6.4 LE TRANSPORT SANITAIRE

VYV IA organise, dans les meilleurs délais, en accord avec les médecins traitants locaux, par le moyen le plus adapté et au regard de la condition médicale, le transport sanitaire du Bénéficiaire. VYV IA prend en charge son coût, ceci après validation par les médecins de VYV IA. Les médecins de VYV IA définissent le niveau de l'accompagnement médical nécessaire.
- Le moyen de transport est décidé par les médecins de VYV IA en fonction de l'état du patient (avion de ligne régulière, avec agencement particulier, s'il y a lieu, avion sanitaire spécial ou tout autre moyen le mieux adapté avec ou sans accompagnement médical).
- La structure médicale de destination est sélectionnée par les médecins de VYV IA en fonction des besoins liés à l'état du patient.

VYV IA prend en charge l'ensemble des coûts liés à l'acheminement du patient. Si VYV IA a organisé le transport aller, VYV IA organisera le transport retour après validation par les médecins de VYV IA de la consolidation de l'état du patient.
Si des déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) sont nécessaires dans les suites d'un transport en urgence organisé par VYV IA, ceux-ci ne sont pas du ressort de l'assistance.

Cette garantie nous engage à organiser et prendre en charge les frais réels du transport, dans les conditions décrites.

6.5 TRANSFERT POUR INSUFFISANCE DE PLATEAU TECHNIQUE

VYV IA organise, par le moyen le plus adapté, le transport du bénéficiaire, pour des actes médicaux ou techniques non réalisables sur place (pays de résidence), et prend en charge son coût, ceci après validation par les médecins de VYV IA, en accord avec les médecins traitants locaux.
Si les médecins de VYV IA estiment que la présence d'un accompagnant est médicalement nécessaire, VYV IA prend en charge son transport.
- Le moyen de transport est décidé par les médecins de VYV-IA en fonction de l'état du patient.
- La structure médicale de destination est sélectionnée par les médecins de VYV-IA en fonction des besoins liés à la pathologie du patient.

Si VYV IA a organisé le transport aller, VYV IA organisera le transport retour après validation par les médecins de VYV-IA de la consolidation de l'état du patient.
Si des déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) sont nécessaires dans les suites d'un transfert pour insuffisance de plateau technique organisé par VYV IA, ceux-ci ne sont pas du ressort de l'assistance.

Cette garantie nous engage à organiser et prendre en charge les frais réels du transport, dans les conditions décrites.

ARTICLE 7. EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par le présent contrat, sauf prestations indiquées dans les garanties du contrat comme étant prises en charge :

- Les convalescences et les affections (Maladie, Accident) en cours de traitement non encore consolidées ayant fait l'objet d'une Hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'Assistance ;
- Les Maladies Préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une Hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'Assistance ;
- Une Maladie ou un Accident qui sont le fait volontaire de la personne couverte, ou résultent de mutilations volontaires ;
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- Les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas, à partir de la trente-sixième semaine de grossesse ;
- Les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire ou ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux tels que :

- Aérien : deltaplane, aile volante, parachute, parapente, ULM, base jump, wingsuit, hélicoptère, saut à l'élastique ;

- Combat : boxe, MMA, boxe américaine, full contact, kick boxing, capoeira, jujitsu, lutte, catch ;

- Équestre : rodéo ;

- Montagne : Alpinisme ou ascension de haute montagne, freeride, ski hors-piste ;

- Randonnées en haute montagne ;

Sont également exclus, l'organisation et la prise en charge de tous Frais de recherche en lien avec la pratique de ces sports dangereux ; En cas d'activité sportive à risques non visée dans cette liste, l'assuré s'engage à contacter VYV IA en vue d'une autorisation ou d'un refus ;

- Les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités, ou de pratiques non autorisées par les autorités locales ;
- Les conséquences de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs, ou causés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ; un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'interdictions officielles, de saisies ou contraintes par la force publique ;
- Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires, de grèves, de pirateries, lorsque le Bénéficiaire y prend une part active ;
- Les conséquences d'empêchements Climatiques tels que tempêtes et ouragans ;
- Les Accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat ;
- Les conséquences du suicide consommé ou tenté du Bénéficiaire ;
- L'absorption de drogues, stupéfiants, alcool, substances analogues et médicaments non prescrits par une autorité médicale habilitée et leurs conséquences ;
- Les Maladies nerveuses ou mentales, sauf dispositions contraires mentionnées au présent contrat ;
- Les Accidents survenus lorsque le Bénéficiaire pratique un sport à titre professionnel, pratique ou prend part à une activité sportive à titre amateur en loisir ou en compétition nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (qu'il soit terrestre, aérien ou aquatique) ainsi que les entraînements préparatoires ;
- Les Accidents survenus lorsque le Bénéficiaire participe à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature ;
- Les déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) nécessaires dans les suites d'un Transport en urgence organisé par VYV IA ;
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical ;
- Les Frais résultants de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale ;
- Les Frais consécutifs à un Accident ou une Maladie constatée médicalement avant la prise de la garantie ;
- Les affections ou lésions bénignes, et leurs conséquences, pouvant être traitées sur place (pour la garantie Assistance, rapatriement uniquement) ;
- Les Frais d'inhumation, d'exhumation, d'embaumement et de cérémonie, sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale ;
- Les Frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de VYV IA ;
- Les Frais de restauration, d'hôtel, de route, de péage, de carburant, de taxi ou de douane ;
- Les Frais résultants de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française ;
- Les Faits susceptibles de sanction pour acte criminel selon la législation du pays dans lequel se trouve le Bénéficiaire ;
- Les Frais et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- Les soins relatifs aux affections mentionnées sur le certificat d'adhésion ;
- Les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle vous êtes en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement précédent ;
- L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une Hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'Assistance ;
- Les frais relatifs au traitement de la stérilité ;
- Les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique ou pandémique,

- de l'exposition à des agents biologiques infectants, des agents chimiques type gaz de combat, des agents incapacitants, des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en Quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays où vous séjournez ;

- L'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le bénéficiaire des règles officielles de sécurité, telles qu'édictées par la législation française, notamment dans le cadre de tout type de transport ;
- Les Frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement, ainsi que les Frais de restauration et toute dépense pour laquelle le Bénéficiaire ne pourrait produire de justificatif.

ARTICLE 8. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Votre adhésion prend effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er Janvier de chaque année pour des périodes successives d'un (1) an. Toutefois, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Délégataire au moins deux mois avant la date d'échéance.

8.1 CALCUL DE LA PRIME

Les tarifs sont calculés sur la base du pays d'expatriation. Son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent.

8.2 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHÉRENT

Les cotisations sont dues par l'Adhérent/Bénéficiaire et sont payables d'avance en Euros (€) pour la durée totale de couverture total choisie par l'Adhérent selon les modalités définies par cette dernière.
Le montant de la cotisation est calculé pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation. La période ne peut être inférieure à un mois.

8.3 RÉVISION ET INDEXATION ANNUELLE DES COTISATIONS

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement au 1er avril de chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires, et des résultats du contrat.

En cas de désaccord, l'Adhérent / Bénéficiaire pourra demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée dans un délai de deux (2) mois à compter de la notification par le Délégataire. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par le Délégataire.

8.4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent / Bénéficiaire du contrat, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, la radiation de son adhésion au présent contrat conformément à la procédure définie à l'article L.221-7 du Code de la mutualité. Toute demande de Prestations intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

8.5 COMPORTEMENT ABUSIF

VYV IA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'Accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.
VYV IA réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.
Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.
En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, VYV IA réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

8.6 FAUSSES DÉCLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion, toute réticence ou déclaration intentionnelle fausse de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées demeurent acquises à VYV IA qui sera en droit d'exiger le paiement des primes échues. Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'assuré entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification adressée par lettre recommandée à l'assuré.

8.7 SUBROGATION

VYV IA est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par VYV IA ; c'est-à-dire que VYV IA effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que VYV IA a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

8.8 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'exécution de la présente Notice d'information est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où VYV IA en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre VYV IA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 et 2246 du Code civil :
- La reconnaissance non équivoque par VYV IA du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par VYV IA.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, VYV IA et les Bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

8.9 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par VYV IA feront l'objet d'un traitement automatisé. Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, VYV IA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, VYV IA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par VYV IA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, VYV IA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une

liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.
Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par VYV IA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de VYV IA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services, partenaires et sous-traitants de VYV IA.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de VYV IA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits auprès du Data Protection Officer (DPO) en envoyant un mail à dpo@vyv-ia.com ou un courrier à l'adresse suivante : VYV International Assistance 3 Passage de la Corvette, 17000 La Rochelle - France.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes, ou par Internet à l'adresse suivante : http://www.bloctel.gouv.fr.

8.10 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de leur contrat, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur de VYV IA par courrier à Monsieur Le Médiateur au 3 Passage de la Corvette – 17 000 La Rochelle ou par courriel à mediation-reclamation@vyv-ia.com..
Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15.

ARTICLE 9. OBLIGATIONS POUR LES GARANTIES ASSISTANCE

VYV IA ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Il est impératif de contacter le service d'assistance avant toute consultation médicale ou hospitalisation. Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. Les prestations qui n'auront pas été organisées ou acceptées par VYV IA ne donneront droit à aucun remboursement.

ARTICLE 10. COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE ?

7 jours sur 7 – 24 heures sur 24
VYV International Assistance
- par téléphone de l'étranger : **00 33 5 86 85 00 51**
- précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :
Le nom et le numéro du contrat auquel vous êtes rattaché :
- Vos nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Le pays, la ville ou la localité dans laquelle vous vous trouvez au moment de l'appel
- Préciser l'adresse exacte (n°, rue, hôtel éventuellement, etc.),
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.

La demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, VYV IA pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

SEUL L'APPEL TELEPHONIQUE DU BENEFICIAIRE AU MOMENT DE L'EVENEMENT PERMET LA MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE.

ARTICLE 11. TABLEAU DES GARANTIES D'ASSISTANCE

GARANTIES	ENGAGEMENTS	PLAFONDS
Orientation médicale hospitalière	Mise en relation	Frais réels
Avance de frais médicaux hospitaliers	Prise en charge	Voir les conditions générales du contrat Santé
Suivi d'hospitalisation prévue supérieure à 3 jours à l'étranger et contrôle des coûts	Prise en charge	Frais réels
LE RAPATRIEMENT		
Transport sanitaire	Prise en charge	Frais réels
Transfert pour insuffisance de plateau local	Prise en charge	Frais réels

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

vyv international assistance

Les garanties d'assistance sont assurées par LLT CONSULTING SAS,
Société par action simplifiée au capital de 100 000 euros, ayant son siège social au 3 Passage de la Corvette 17000 La Rochelle, France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de La Rochelle 828 002 188 et à l'ORIAS sous le numéro 17004577, dûment représentée aux fins des présentes par Monsieur Jérémy Thiriot, en qualité de Directeur Général, dûment habilité à cet effet lequel déclare disposer de tout pouvoir pour conclure le présent contrat. Dénommée «VYV IA»
Agissant au nom et pour le compte de : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE, ci-après dénommée « RMA » – Union technique d'assistance régie par le Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – B.P. 62127 – 44121 VERTOU cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de VERTOU sous le numéro 444 269 682 00027 et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le matricule 444 269 682

CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

Par téléphone :

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

Par mail :

contact@assur-travel.fr

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site :

www.assur-travel.fr

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr
Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17
SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378
Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09
et Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA N°PIFI-202411-LLB6-100125.
Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.
La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.
Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48
Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.
SSi notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :
par courrier simple à : LA MEDIATION de L'ASSURANCE - POLE PLANETE CSCA -TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09
ou par email à le.mediateur@mediation-assurance.org ou à partir du site : https://www.mediation-assurance.org/