CONDITIONS 2026

www.assur-travel.fr

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative
REGIME FRAIS DE SANTE
A53610001 - ASPI

La Garantie Santé des Expatriés Séniors

Notice d'information



Expatriés Sénior Santé Swiss life
Réf. : A 53610001

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

Cette notice d'information reprend les conditions générales du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative A53610001 souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (A.S.P.I.).

SOMMAIRE

DÉFINITIONS 3

I. LE CONTRAT 4

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

II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX 7

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

ANNEXE 12

LA TÉLÉCONSULTATION 12

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 :

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

l'**Assureur**

SwissLife

Autorité chargée du contrôle des assurances :

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

DÉFINITIONS

Accident :

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

Vous/Adhérent :

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

Assuré :

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

Association :

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

Certificat d'adhésion :

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

C.F.E. :

Caisse des Français de l'Etranger.

Contrat :

c'est le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative A53610001, souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI ») et régi par la loi française et par les Conditions générales et particulières.

Délai d'attente :

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

Délégataire :

tierce partie mandatée par l'Assureur et/ou par l'Association pour gérer les différentes tâches de gestion qui lui ont été confiées. Dans le cadre du Contrat, le Délégataire de l'Assureur et du Souscripteur est GAPI : 99 rue parmentier - 59650 Villeneuve d'ascq, France, SARL au capital de 55.000 € - RCS PARIS 490 676 228, N° ORIAS 10056960.

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).

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.

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.

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.

Questionnaire médical :

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

Rééducation :

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

Téléconsultation :

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

Zone géographique de garantie :

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

I. LE CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le Contrat **ASSUR TRAVEL SENIORS** 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.
Les garanties Frais de santé s'exercent dans la limite de la **Zone géographique de garantie** qui vous est applicable (Zone A, B ou C).

ARTICLE 2 - 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 60 à moins de 75 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 75 ans au jour de son inscription.

Nota Bene: lorsque votre conjoint n'est pas reconnu comme étant à votre charge par la C.F.E., il peut bénéficier des garanties à condition qu'il soit individuellement affilié auprès d'un de cet organisme.

Votre Conjoint doit résider dans le même Pays d'expatriation que le vôtre pour pouvoir bénéficier des garanties.

ARTICLE 3 - ADMISSION A L'ASSURANCE

3.1 A la mise en place de l'adhésion, vous devez transmettre au Délégataire :
- la **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.** ;
- 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.**

3.2 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.**

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

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

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

4.1 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.

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), 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.

Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit prennent effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.
Toutefois, et à condition d'avoir au moins 1 an d'adhésion, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au Contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Délégataire au moins deux mois avant la date d'échéance. De plus, en cours d'adhésion, si vous devez être affilié à un régime obligatoire dans votre Pays d'expatriation, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au Contrat par l'envoi au Délégataire d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.

4.2 Les garanties

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 5 - MODIFICATION DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE DE GARANTIE

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.

ARTICLE 6 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Pour Vous, Adhérent
Votre adhésion et vos garanties cessent :

- **à la prochaine échéance de cotisation en cas de résiliation du Contrat ;**
- **en cas de résiliation de votre adhésion lors du renouvellement annuel (article 5.1-I) ;**
- **au jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine ;**
- **en cas de non-paiement de votre cotisation (article 9.1-I) ;**
- **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 4-I) ;**
- **en cas d'affiliation à un régime obligatoire du Pays d'expatriation (article 5-I).**

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 7 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

7.1 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.

7.2 Les conditions tarifaires sont établies en fonction de la Zone géographique de garantie (Zone A, B ou C) applicable, de votre tranche d'âge et de l'application d'une surprime, le cas échéant, suite à la sélection médicale.

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

L'Assureur se réserve le droit d'adapter le montant de votre cotisation le 1er avril de chaque année en fonction de l'évolution du coût médical des dépenses de santé de chaque pays, de la modification de la législation locale et des résultats techniques du Contrat souscrit auprès de l'Assureur.
En cas de modification de tarif, le nouveau montant de votre cotisation vous sera applicable à la prochaine échéance de cotisation.

ARTICLE 8 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

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

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

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

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

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

8.4 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 9 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

9.1 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.

9.2 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 10 - 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 EXPATRIES SENIORS** n° A53610001 *(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 11 - PRESCRIPTION LEGALE

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

Délai de prescription
Article L.114-1 du Code des assurances
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 12 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

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

Le service réclamations du délégataire peut être contacté par email à l'adresse suivante : reclamation@gapigestion.com ou par courrier postal adressé à :
GAPI - Service réclamations
Zone d'Activité Actiburo - 99 rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

Deuxième contact : le service réclamations
Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du service réclamations : Service Réclamations Direction de la Relation Délégataires et des Contrôles : SwissLife Prévoyance et Santé,
Direction de la Relation Délégataires et des Contrôles, Service Réclamations, 7 rue Belgrand 92682 LEVALLOIS CEDEX.

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site https://www.mediation-assurance.org, ou à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

ARTICLE 13 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

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

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

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

II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MEDICAUX

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. Les dépenses prises en considération sont exclusivement celles figurant dans le tableau des garanties Santé (article 2-II).

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 Le remboursement du Délégataire est subordonné à celui de la C.F.E., étant entendu que toute intervention par cet organisme viendra en déduction des montants couverts par la garantie prévue au Contrat, conformément au paragraphe 1.5 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., est comprise entre les dates de prise d'effet et de fin d'adhésion (ou d'inscription).

1.4 Pour les soins intervenus en France, les conditions requises pour leur remboursement sont celles définies pour les actes de professionnels par la Sécurité sociale française ou par tout autre organisme similaire.

1.5 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. 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 EXPATRIES SENIORS.

GARANTIES SANTÉ SENIOR Complément CFE

BARÊME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES ET ACCEPTÉES FIGURANT SUR LE CERTIFICAT D'ADHÉSION

Les garanties exprimées comprennent les remboursements de la C.F.E. dans la limite des frais réels.

GARANTIES	LIMITATIONS
HOSPITALISATION (en % des frais réels)	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (1) (3)	100 %* dans la limite de 750 000 € / an
Hospitalisation psychiatrique (limité à 30 jours/an) (1) (3)	100%* dans la limite de 3 000 € / an
Honoraires médicaux et chirurgicaux (1) (3)	100 %*
Chambre privée (1) (3)	100%* dans la limite de 80 € / jour et de 30 jours / an
Forfait journalier (1) (3)	100%*
Consultations externes liées à une Hospitalisation / chirurgie ambulatoire de jour (1)	100 % dans la limite de 2 500 € / an
Hospitalisation à domicile	100 % dans la limite de 2 200 € / an
Rééducation immédiate suite à une Hospitalisation (limité à 30 jours/an) (1) (3)	100%*
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un Accident (1) (3)	100%*
Traitement du cancer (1)	100%*
Greffe d'organe (1) (3)	100%*
Prothèse médicale, appareillage et prothèses internes	100%*
Transport en ambulance terrestre (1)	100%*
MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE (en % des frais réels)	
Consultation spécialiste	90% dans la limite de 100 € / consultation
Consultation généraliste	90% dans la limite de 100 € / consultation
Actes d'auxiliaires médicaux	90% dans la limite de 50 € / acte
Téléconsultation médecindirect à vos côtés, où que vous soyez	100% des frais réels
Actes techniques médicaux (hors établissements hospitaliers) (2)	90%
Actes d'analyses médicales(2)	90%
Actes de radiologie (y compris IRM) (2)	90%
Frais pharmaceutiques et vaccins	90%
Médecines douces : chiropractie, ostéopathie, homéopathie et acupuncture et médecine traditionnelle chinoise (limitée à la Chine, la Thaïlande, Hong Kong, Singapour et le Vietnam)	90% dans la limite de 50 € / séance et 1 200 € / an
Orthophonie et orthoptie prescrites (1)	90% dans la limite de 50 € / séance et de 1 200 € / an
PROTHÈSES MÉDICALES (en % des frais réels)	
Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement	90% dans la limite de 600 € / an
OPTIQUE (en % des frais réels)	
Verres, monture et lentilles prescrites	90% FR dans la limite de 250 € / an
DENTAIRE (en % des frais réels)	
Limite poste dentaire par assuré et par an	800 €
Soins dentaires	90%
Prothèses dentaires (y compris inlays, onlays et implants)	90% dans la limite de 300 € / dent

*** dans la limite de 200% du Barème de remboursement de la Sécurité Sociale Française.**

(1) Demande d'entente préalable obligatoire

(2) Demande d'entente préalable obligatoire pour les soins ou actes d'un montant supérieur à 2000 €

(3) Prise en charge directe possible

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 de 750 000 € par Assuré et par année civile d'assurance, y compris les prestations versées par la C.F.E.

ARTICLE 5 - ETENDUE TERRITORIALE

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

La Zone géographique de garantie est déterminée par votre Pays d'expatriation.
Pays d'expatriation exclus : USA, Suisse, Canada, Japon, Bahamas.

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

ARTICLE 6 - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

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

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

Hospitalisation

- tous les frais relevant de cette garantie.

En cas d'urgence (Accident ou Maladie inopinée), la demande d'entente préalable doit être adressée au Délégataire dans les 48 heures qui suivent l'entrée à l'Etablissement de Santé Eligible (hôpital ou clinique), avec mention du caractère urgent de l'Hospitalisation.

Exceptionnellement, ce délai de 48 heures 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.

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 €.

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 résèrve que ses frais soient contractuellement garantis et médicalement nécessaire.

ARTICLE 7 - PRISE EN CHARGE DIRECTE

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

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

Hospitalisation

- l'ensemble des frais relatifs à une Hospitalisation **à l'exception des consultations externes directement liées à l'Hospitalisation (post et pré-hospitalières), de la chirurgie réparatrice d'urgence suite à un Accident, du transport par ambulance terrestre et des Hospitalisations de moins de 24 heures.**

ARTICLE 8 - DELAIS D'ATTENTE

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

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

8.2 Ces Délais d'attente sont applicables :

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

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

ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

- La **prescription médicale** ;
- La **facture détaillée et acquittée,** ainsi que les **notes d'honoraires** de tout praticien et de tout Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **décomptes des prestations** de la C.F.E. ;
- 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.

Pour les factures de soins hors frais d'hospitalisation, un scan ou une photographie des factures de soins et des prescriptions sont acceptés.
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.

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



ARTICLE 10 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les risques suivants :

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

SwissLife assur-travel Partenaire de votre mobilité

VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC médecindirect

à vos côtés, où que vous soyez

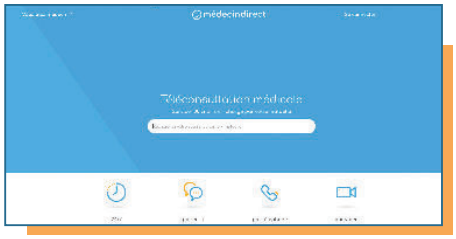
Une question de santé ? Consultez un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou par vidéo 24h/24 et 7/7.

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

COMMENT ÇA MARCHE ?

Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

1



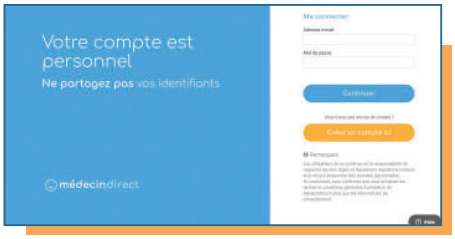
Rendez-vous sur le site www.medecindirect.fr ou sur l'application gratuite MédecinDirect (disponible sur iOS et Android).

2



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

3

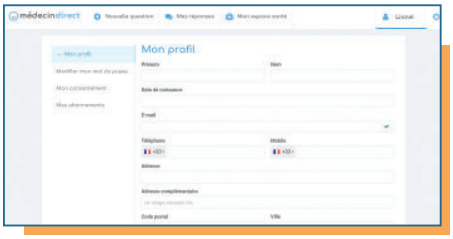


Connectez-vous avec votre adresse e-mail (votre identifiant) et le mot de passe que vous avez choisi lors de votre inscription.

4

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

5



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

6



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



Un service disponible :

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

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins.

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/