

CONDITIONS 2025

www.assur-travel.fr

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

Expatriés Santé

Notice d'information



Expatriés Santé
Notice ASPI
Réf. ASPI CHC/PTF J5

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

25/03/2025

Cette notice d'information reprend les conditions générales du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative n°0210/846990 souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI »).

SOMMAIRE

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3	III. EXÉCUTION DU CONTRAT	11
ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	3	ARTICLE 9 RÉFÉRENCE LÉGALE	11
ARTICLE 2 ÉTENDUE TERRITORIALE	3	ARTICLE 10 DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT - MODIFICATION DU CONTRAT	11
ARTICLE 3 DÉFINITIONS	3	ARTICLE 11 ADHÉSION- PERSONNES GARANTIES - ADMISSION À L'ASSURANCE	11
		ARTICLE 12 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	12
II. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	6	ARTICLE 13 CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	13
ARTICLE 4 NATURE DU REMBOURSEMENT	6	ARTICLE 14 MODIFICATION DES GARANTIES - PAYS D'EXPATRIATION	13
ARTICLE 5 MONTANT DES REMBOURSEMENTS	6	ARTICLE 15 OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR - ARTICLE 4 DE LA LOI « EVIN »	13
TABLEAU DES GARANTIES	7	ARTICLE 16 RÉCLAMATION - MÉDIATION - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - VIE PRIVÉE	13
ARTICLE 6 ENTENTE PRÉALABLE	9	ARTICLE 17 JURIDICTION	15
ARTICLE 7 RISQUES EXCLUS	9		
ARTICLE 8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	10	IV. DISPOSITIONS FINANCIÈRES	16
		ARTICLE 18 COTISATIONS	16

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

ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,

il a été souscrit auprès de :

GROUPAMA GAN VIE

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest -

CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** » d'autre part.



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



I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, régi par le code des assurances français, a pour objet, dans la limite des frais réels et durant la période de couverture, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par toute personne vivant hors de son pays de nationalité en tant qu'expatrié, membre de l'association contractante demandant à y adhérer, ainsi que par ses ayant(s) droit, s'ils sont inscrits à l'adhésion et résident dans le même pays étranger ou dans la même zone géographique telle que définie à l'article 2.

Les prestations s'exercent dans la limite du niveau de garanties choisi par l'adhérent parmi les cinq formules de garanties ci-dessous. Ce choix s'applique à l'adhérent et à ses ayants-droits inscrits à l'adhésion :

- formule PREMIUM
- formule PREMIUM ACCESS
- formule CONFORT
- formule CONFORT ACCESS
- formule SUMMUM

Le tableau figurant à l'article II-5 reprend les garanties proposées dans le cadre de chaque formule et option.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 3 et au Titre III. Ils sont classés, selon leur nature (maladie, maternité, ...).

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

Pour chacune des formules de garanties proposées, l'adhérent peut choisir l'application d'une franchise annuelle de 500€ dans le cadre d'une souscription individuelle sur le montant de ses remboursements, de 1000€ dans le cadre d'une souscription couple, de 1500€ dans le cadre d'une souscription famille.

Cette franchise s'applique par année civile et par contrat.

La formule retenue par l'adhérent, ainsi que le choix de l'application d'une franchise, sont indiqués sur le certificat d'adhésion. Ce certificat indique également pour chaque assuré sa situation vis à vis de la CFE ou du régime social de base.

ARTICLE 2 - ÉTENDUE TERRITORIALE

La zone géographique de couverture dans laquelle les garanties sont acquises et correspondant au tarif de souscription, est déterminée en fonction du pays dans lequel l'adhérent est expatrié. La zone de couverture est mentionnée au certificat d'adhésion.

ZONE A	ZONE B	ZONE C	ZONE D	ZONE E
Monde entier hors pays des zones B, C, D et E	Allemagne, Chili, Espagne,	Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Chine, Israël, Italie, Mexique, Qatar,	Brésil, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Liban, Royaume-Uni, Russie, Singapour	Canada, Japon, Suisse, USA

En cas de changement de zone géographique, l'association contractante doit en informer l'assureur au moins 1 mois avant la date effective du changement. La nouvelle tarification est applicable le 1er jour qui suit la date de modification.

Les garanties sont également acquises :

- dans les pays des zones A, B, C et D pour l'adhérent et ses ayants droit couverts dans la zone E,
- dans les pays des zones A, B, et C pour l'adhérent et ses ayants droit couverts dans la zone D,
- dans les pays des zones A et B pour l'adhérent et ses ayants droit couverts dans la zone C,
- dans les pays des zones A pour l'adhérent et ses ayants droit couverts dans la zone B.

Les garanties sont également acquises hors de la zone géographique de couverture lors de voyages ou de vacances dont la durée n'excède pas 60 jours continus, et uniquement pour les soins d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée tel que défini à l'article 3.

ARTICLE 3 - DÉFINITIONS

Pour le contrat, les termes ci-dessous définis auront entre les parties la signification suivante :

ACCIDENT :

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

L'accident doit être constaté par une autorité compétente (autorités médicales, forces de police, pompiers, ...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.

En application de l'article 1353 du code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

ACCORD PRÉALABLE / DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE :

Avant d'engager certains actes médicaux ou traitements (par exemple : hospitalisation, maternité, traitements en série ou prothèses de toute nature, ...), l'adhérent doit préalablement demander et obtenir l'accord préalable du médecin conseil de l'assureur pour que leur prise en charge soit effective. Les frais concernés figurent au tableau des garanties. Avant d'engager les soins, l'adhérent doit faire compléter par le praticien qui a prescrit ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé.

ADHÉRENT :

Assuré principal en tant qu'expatrié et adhérent à l'association contractante et au contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

AN (PAR AN) :

La mention « par an » utilisée dans le tableau des garanties prévu à l'article 5 signifie « par année civile ».

ASSURÉS :

L'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit éventuels inscrits au contrat et indiqués sur le certificat d'assurance qui vivent dans le même pays que l'adhérent ou dans un pays de la zone de couverture retenue.

ASSOCIATION CONTRACTANTE :

Personne morale qui souscrit le contrat d'assurance de groupe pour en faire bénéficier ses adhérents et leurs ayants droits et s'engage aux obligations correspondantes. Dans le cas présent l'Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI).

AUTORITÉ MÉDICALE :

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'adhérent se trouve.

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Professionnels paramédicaux : sont pris en charge au titre du contrat, les auxiliaires médicaux suivants : ergothérapeute, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, rééducateurs, orthophonistes, orthoptistes, sage-femme.

AYANT(S) DROIT, MEMBRE(S) DE LA FAMILLE :

Pour l'application des dispositions du contrat d'assurance de groupe, sont considérés comme ayant(s) droit, appelés également membres de la famille, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat et résident dans le même pays ou la même zone de couverture que l'adhérent : le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent et les enfants à charge (tels que définis au présent article).

BILAN DE SANTÉ :

Examens et analyses effectués dans la prévention des maladies ou pathologies entrepris en l'absence de symptôme clinique apparent. Ces bilans doivent être prescrits médicalement et se limitent aux examens suivants :

- Analyses de sang,
- Examen cardio-vasculaire, Examen neurologique,
- Dépistage du cancer (cancer cervico-utérin, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du colon),
- Bilan de santé pour les enfants de 6 ans ou moins et limité en nombre à 15 visites pour toute la vie du contrat.

CATASTROPHE NATURELLE :

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

CENTRE DE RÉÉDUCATION :

Établissement de santé permettant une rééducation fonctionnelle qui suit une hospitalisation chirurgicale de l'assuré prise en charge par le contrat.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document délivré par l'assureur annexé à la présente notice d'information valant conditions générales, signé par l'association contractante et l'assureur, attestant de l'adhésion au contrat, présentant les conditions de couverture et mentionnant notamment la date d'effet de l'adhésion au contrat, les garanties et options souscrites, la couverture (au 1er euro ou en complément de la CFE), les personnes garanties et les cotisations.

CHAMBRE D'HÔPITAL :

Séjour en chambre particulière standard ou semi-privée. **Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas prises en charge.**

CHIRURGIE AMBULATOIRE :

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique), un centre médical ou un cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

CHIRURGIE DENTAIRE :

Procédure chirurgicale telle que l'extraction des dents de sagesse pratiquée dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue.

CHIRURGIE RÉFACTIVE :

Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels.

CONJOINT :

Personne mariée avec l'adhérent, non séparé ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sous ce terme de « conjoint » sera le cas échéant pris en compte :

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

Un PACS est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil ou reconnaissance d'union civile similaire hors de France).

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

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

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

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

CONSOLIDATION :

Stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un accident ou souffrant d'une maladie.

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.

DÉLAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties.

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE :

Formulaire à faire compléter par le médecin permettant d'obtenir l'accord préalable de l'assureur avant d'engager certains actes ou traitements.

ENFANT À CHARGE :

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

ÉQUIPEMENT ET APPAREILLAGE MÉDICAUX :

Tout matériel, équipement ou appareil médical prescrit aidant la fonction ou la capacité de la personne assurée, tel que membre artificiel, béquille, fauteuil roulant, semelle orthopédique, appareil auditif. Les équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de longue durée ne sont pas pris en charge. Cette définition n'inclut ni les prothèses dentaires ni les appareillages d'orthodontie ni les appareillages optiques.

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

Établissement public ou privé (hôpital ou clinique) médical et/ou chirurgical dument habilité par les autorités sanitaires du pays où il se situe. **Ne sont pas considérés comme hôpitaux les maisons de repos et de convalescence, les centres de cure thermale, de thalassothérapie, de remise en forme, les hospices et les établissements accueillant les personnes âgées.**

EXPATRIÉ :

Adhérent à l'association contractante et au contrat qui réside hors de son pays d'origine.

FORCE MAJEURE :

Tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur à la volonté de l'adhérent, déclaré comme tel par les autorités publiques de l'état dans lequel il séjourne.

FRANCHISE :

L'adhérent a la possibilité d'opter pour l'application d'une franchise (somme qui reste à charge) sur les remboursements. Le montant de cette franchise sera déduite des premiers remboursements, jusqu'à atteinte de celle-ci. La franchise est applicable par année civile et par contrat.

FORFAIT JOURNALIER :

Part du prix de la journée d'hospitalisation en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.

FRAIS D'ACCOMPAGNANT :

Frais d'hébergement en hôpital d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 ans, assuré par le contrat, lors d'une hospitalisation prise en charge au titre du contrat. **Cette garantie ne prend pas en charge les frais de repas, les frais de téléphone, les journaux, la télévision, internet.**

GREFFE D'ORGANE :

Intervention chirurgicale qui consiste à effectuer une greffe de tissu ou d'organe (tout ou partie), cœur, poumon, foie, pancréas, rein, moelle osseuse, thyroïde, parathyroïde, os, muscle, cornée. **La garantie ne couvre pas les frais pour l'acquisition de l'organe.**

HOSPITALISATION (24 heures et plus) :

Séjour dans un établissement de santé, prescrit par un médecin, en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE, HOSPITALISATION 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.

MALADIE :

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

MALADIE INOPINÉE :

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, présentant un caractère soudain et imprévisible et nécessitant l'intervention impérieuse d'un médecin sous 48 heures.

MATERNITÉ :

Grossesse non pathologique(*), accouchement et ses suites.

Sont couverts tous les frais médicalement nécessaires, y compris les frais de séjour à l'hôpital, les honoraires médicaux, les honoraires de sage-femme (pendant la phase de travail uniquement), les soins pré et postnataux ainsi que les soins au nouveau né. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

(*) Définition de la grossesse pathologique : Grossesse qui menace directement la santé de la mère et/ou de l'enfant, un risque obstétrical ou foetal étant identifié au cours de la grossesse et nécessite une prise en charge spécifique.

NOMENCLATURE :

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime de protection sociale français et les conditions de leur remboursement.

ONCOLOGIE

Spécialité faisant référence aux honoraires, examens, traitements de chimiothérapie et radiothérapie et les frais hospitaliers occasionnés dans le cadre du traitement du cancer.

OPTIQUE :

Consultation et examens réalisés par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié, frais de lentilles correctrices, verres correcteurs et monture.

ORTHODONTIE :

Traitement bucco-dentaire réalisé par un spécialiste qualifié visant à corriger une malocclusion dentaire avec un réalignement des mâchoires et des dents pour un fonctionnement correct.

ORTHOPHONIE :

Traitement dispensé par un spécialiste qualifié pour traiter un handicap physique diagnostiqué affectant les capacités de communications tels qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (parésie de la langue, commotion cérébrale, ...) ou articulaires impliquant la structure bucco-faciale.

ORTHOPTIE :

Dépistage, analyse et traitement des troubles visuels moteurs, sensoriels et fonctionnels dispensés par un spécialiste qualifié pour traiter un handicap diagnostiqué affectant les capacités visuelles.

PARODONTOLOGIE :

Le traitement de parodontologie vise à rétablir la santé des tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents), lorsque ces tissus sont endommagés suite à une maladie ou un accident.

PAYS D'EXPATRIATION :

Pays dans lequel l'adhérent est expatrié dans le cadre d'une mobilité internationale, différent du pays d'origine.

PAYS D'ORIGINE :

Pays pour lequel l'assuré dispose d'un passeport en cours de validité et différent du pays d'expatriation.

PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIÈRE :

Sous réserve du respect de la procédure d'entente préalable et après accord préalable de l'assureur, l'adhérent hospitalisé peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais dans tous les établissements hospitaliers à l'exception des consultations externes, traitements et examens ambulatoires, et du transport en ambulance.

PROFIL DE SANTÉ :

Questionnaire médical à compléter par l'assuré et à transmettre pour toute demande d'adhésion au médecin conseil de l'assureur. La durée de validité du profil de santé est de 90 jours.

PROTHÈSES DENTAIRES :

Couronnes, bridges, inlays/onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, inlay-core, dentiers, implants et tous les traitements auxiliaires nécessaires. Les appareillages d'orthodontie ne sont pas considérés comme des prothèses dentaires.

PSYCHIATRIE, PSYCHOTHÉRAPIE :

Traitement des troubles nerveux ou mentaux dispensé par un psychiatre ou un psychologue clinicien qualifié. Ces troubles doivent être associés à une souffrance réelle et actuelle ou une gêne substantielle dans les activités majeures quotidiennes de l'assuré telles que son activité professionnelle. La pathologie doit être cliniquement grave et présenter les caractéristiques listées dans une classification internationale, telle que Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-IV ou ICD-10).

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE « RO » :

Aucun dans le cadre d'une couverture au 1er euro ou, le cas échéant, la Caisse des Français à l'Étranger – CFE ou tout régime de protection sociale français pour les assurés en bénéficiant.

SOINS DE CONVALESCENCE, SOINS À DOMICILE :

Soins infirmiers reçus immédiatement après une hospitalisation ou de soins de jour pris en charge par le contrat ou en remplacement d'une hospitalisation qui aurait été prise en charge par le contrat, les soins étant effectués dans un hôpital, un centre de convalescence ou au domicile de l'assuré.

La prise en charge n'est possible que si le médecin traitant le décide pour raisons médicales en accord avec le médecin conseil de l'assureur. **Ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie les cures thermales, la thalassothérapie, les centres de remise en forme, les soins palliatifs et les soins de longue durée.**

SOINS DENTAIRES :

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations et bilans dentaires, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie et la dévitalisation. Ils ne concernent ni les prothèses dentaires, ni les implants dentaires, ni la parodontologie, ni l'orthodontie.

SOINS DENTAIRES D'URGENCE :

Soins dentaires suite à accident grave, nécessitant une hospitalisation ou reçu en salle d'opération dentaire/salle d'urgence à l'hôpital et administrés dans les 24 heures suivant l'accident. Cette garantie ne concerne pas les soins courants ou actes de prévention tels que définis ci-dessus.

SOINS PALLIATIFS :

Traitements hospitaliers administrés suite au diagnostic établissant que la pathologie (maladie ou accident) est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut rétablir la santé de l'assuré.

Sont pris en charge également, dans la limite indiquée au tableau de garanties, les soins physiques et psychologiques, les frais de séjour en hôpital ou en hospice, les soins infirmiers et les médicaments prescrits. Ne sont pas pris en charge les séjours et traitements en maison de retraite.

SOINS POSTNATALS :

Soins médicaux de routine post-partum dispensés à la mère et ce jusqu'à six semaines après l'accouchement.

SOINS PRÉNATALS :

Examens et dépistages de suivi classiques nécessaires à la surveillance de la grossesse. Cela inclut, pour les femmes âgées de 35 ans et plus, si médicalement nécessaire, l'amniocentèse et les dépistages tels que les anomalies chromosomiques, les tests de spina bifida, les tests de Bart's et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par ce contrat.

SOINS DE VILLE :

Ensemble des soins dispensés par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, ...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

TÉLÉCONSULTATION :

Consultez un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou par visio 7J/7, 24H/24.

Se reporter à l'annexe « Téléconsultation ».

TIERS PAYANT :

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs Complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ, PROCRÉATION MÉDICALE ASSISTÉE

Sont pris en charge les frais de diagnostic et d'examen, les traitements hormonaux, l'insémination artificielle, la fécondation in vitro.

TRANSPORT DU MALADE :

Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré vers l'hôpital ou le lieu de soins le plus proche et le mieux adapté, en ambulance ou véhicule sanitaire terrestre. Cette garantie ne couvre pas les frais d'évacuation ou de rapatriement.

Les définitions ci-avant ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du contrat Frais de santé.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats frais de santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>

II. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ



ARTICLE 4 - NATURE DES REMBOURSEMENTS

Les dépenses prises en charge sont exclusivement celles indiquées et dans les limites indiquées à l'article 5, suivant la formule de garantie retenue mentionnée au certificat d'adhésion. Sont remboursées toutes ou partie des dépenses d'ordre médical, chirurgical, optique, dentaire, ou liées à la maternité, prescrites et effectués par une autorité médicale qualifiée. Les traitements, soins, examens, consultations doivent être appropriés et nécessaires.

Ils doivent notamment :

- Être nécessaires pour définir, diagnostiquer ou soigner l'état pathologique ou la blessure du patient,
- Être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient,
- Être conformes au savoir médical ou scientifique au moment des soins,
- Être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou du professionnel de santé,
- Avoir un effet médical démontré et reconnu,
- Être considérés comme du type et du niveau les mieux appropriés,
- Être pratiqués uniquement durant une période appropriée,
- Être pratiqués dans un lieu approprié.

Dans cette définition, le terme approprié prend en considération la santé du patient et le coût des traitements.

En ce qui concerne l'hospitalisation médicalement nécessaire, cela signifie que les traitements et diagnostics ne peuvent être effectués avec prudence et efficacité dans le cadre de la médecine ambulatoire courante.

De plus, les coûts de frais de santé doivent être considérés comme étant raisonnables et habituels, c'est-à-dire qu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés.

L'assureur se réserve le droit de demander toute information complémentaire ou d'effectuer un contrôle en convoquant l'assuré, afin de juger de la pertinence des soins réalisés et déterminer si le coût des frais est raisonnable et habituel. En conséquence l'assureur se réserve le droit de refuser ou de limiter la prise en charge d'une dépense qui ne serait pas jugée comme telle.

Pour l'adhérent et ses ayants droit, n'ouvrent droit à prestation que les frais pour lesquels la date de soins est comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de fin de l'adhésion.

ARTICLE 5 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais et actes, énumérés au tableau des garanties ci-après, dans le cadre de chaque formule et option retenues, est déterminé, **acte par acte**, par l'assureur **et dans la limite des frais réels**.

Il est précisé que dans le tableau ci-après, lorsque le remboursement du contrat intervient en complément de la CFE ou du régime de protection sociale, **les remboursements exprimés en pourcentage des frais réels s'entendent sous déduction des prestations versées par cet organisme.**

Les prestations de l'assureur sont servies, selon les indications figurant au certificat d'adhésion, soit en complément des remboursements de la CFE ou du régime de protection sociale soit au 1er euro. **Toutefois dans ce dernier cas, si l'adhérent et/ou ses ayants droit bénéficient d'un régime de protection sociale, les prestations les concernant sont versées par l'assureur en complément de celles servies par ce régime de protection sociale.**

Les soins pratiqués dans le pays d'origine déclaré, dans les conditions décrites à l'article 2, sont remboursés dans les mêmes proportions que dans le pays d'expatriation.

Les prestations versées, éventuellement cumulées à celles du régime de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.

Dans le cas où l'adhérent a opté pour l'application d'une franchise, les premières dépenses au titre de l'année civile en cours, ne sont pas pris en charge jusqu'à concurrence de ladite franchise. Au-delà les remboursements sont effectués dans les conditions normales fixées au contrat. Ladite franchise s'applique pour chaque assuré, adhérent et ayant(s) droit.



GARANTIES SANTÉ 1/2



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

Les garanties exprimées comprennent les remboursements de la CFE, de la Sécurité Sociale Française ou interviennent dès le 1^{er} Euro des frais engagés, dans la limite des frais réels.



ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
HOSPITALISATION (1)					
Hospitalisation chirurgicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation médicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation de jour / Chirurgie ambulatoire	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an
Chambre individuelle	100 % des Frais réels maxi 70 €/jour	100 % des Frais réels maxi 70 €/jour	100 % des Frais réels maxi 130 €/jour	100 % des Frais réels maxi 130 €/jour	100 % des Frais réels maxi 200 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 12 ans (limité à 30 jours)	100 % des Frais réels maxi 30 €/jour	100 % des Frais réels maxi 30 €/jour	100 % des Frais réels maxi 45€/jour	100 % des Frais réels maxi 45€/jour	100 % des Frais réels maxi 60 €/jour
Forfait journalier	100 % des Frais réels	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	100 % des Frais réels
Rééducation immédiate suite à hospitalisation	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2500 €/an
Hospitalisation à domicile	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2500 €/an
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à accident	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du cancer	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du sida	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Greffe d'organe	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Prothèses médicales, appareillage et prothèses internes	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors la zone d'expatriation, durée de déplacement maxi 60 jours)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Transport en ambulance	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
MATERNITÉ					
Frais de maternité (1)	100 % des Frais réels maxi 2500 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi 5000 €/an maxi 3000€/an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 7500 €/an maxi 4000€/an pour Zone A* + France
dont frais d'accouchement et ses suites	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus
dont test de dépistage du VIH	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus
dont diagnostic des anomalies chromosomiques	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus	NON	100 % des Frais réels dans la limite du plafond ci-dessus
dont séances de préparation à l'accouchement	100 % des Frais réels maxi 5 séances, 25 €/séance (prestations incluses dans le plafond ci-dessus)	NON	100 % des Frais réels maxi 5 séances, 40 €/séance (prestations incluses dans le plafond ci-dessus)	NON	100 % des Frais réels maxi 5 séances, 60 €/séance (prestations incluses dans le plafond ci-dessus)
Accouchement avec chirurgie (1)	100 % des Frais réels maxi 5000 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi 10 000 €/an maxi 6000€/an pour Zone A* + France	NON	100 % des Frais réels maxi 15 000 €/an maxi 6000€/an pour Zone A* + France
FIV- Stérilité (1) (pharmacie, Fécondation in vitro, Analyses, Examens de suivi)	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an maxi 3 FIV/durée de l'adhésion	NON	100 % des Frais réels maxi 1500 €/an maxi 3 FIV/durée de l'adhésion
Transport ambulance si hospitalisation	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels

(1) Après entente préalable. - * Monde entier sauf les pays de la zone B,C,D et E.

GARANTIES SANTÉ 2/2



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

Les garanties exprimées comprennent les remboursements de la CFE, de la Sécurité Sociale Française ou interviennent dès le 1^{er} Euro des frais engagés, dans la limite des frais réels.

ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE					
Honoraires médicaux	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
-Généraliste	maxi 40 €	maxi 40 €	maxi 100 €	maxi 100 €	maxi 150 €
-Spécialiste	maxi 60 €	maxi 60 €	maxi 130 €	maxi 130 €	maxi 170 €
Pharmacie	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux : Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie, sage-femme	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 200 € par acte
Téléconsultation 	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Acte de biologie médicale et Radiologie (y compris IRM) (2)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes techniques médicaux (2)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Prévention :					
Bilan de santé (un bilan tous les 2 ans)	NON	NON	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 400 €/bilan
Acte de prévention (fixé par arrêté du 08/06/2006)	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Vaccins	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer du sein (une mammographie tous les 2 ans pour les femmes de 50 ans et plus)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer de la prostate (Examen de dépistage tous les 2 ans pour les hommes de 50 ans et plus)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Médecines Douces					
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Ergothérapie, pédicure-podologue	80 % des Frais réels maxi 30 €/acte et un maxi de 240 €/an	NON NON	100 % des Frais réels maxi 50 €/acte et un maxi de 1000 €/an	NON NON	100 % des Frais réels maxi 70 € / acte et un maxi de 1600 €/an
OPTIQUE					
Verres + Monture	90 % des Frais réels maxi de 300 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 €/an
Lentilles (jetables comprises)	90 % des Frais réels maxi de 100 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 260 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 300 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil	90 % des Frais réels maxi de 300 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 €/an
DENTAIRE					
	Maxi de 1000 €/an 500 € la 1 ^{ère} année	NON	Maxi de 2000 €/an 1000 € la 1 ^{ère} année	NON	Maxi de 2500 €/an 1250 € la 1 ^{ère} année
Soins dentaires	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Prothèses dentaires y compris onlays, inlays, implants	90 % des Frais réels maxi 300 €/dent	NON	100 % des Frais réels maxi 450 €/dent	NON	100 % des Frais réels maxi 600 €/dent
Orthodontie des enfants (enfant de moins de 16 ans)	90 % des Frais réels maxi 600 €/an Pendant 3 ans maxi	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an Pendant 3 ans maxi	NON	100 % des Frais réels maxi 1200 €/an Pendant 3 ans maxi
APPAREILLAGE ET DISPOSITIFS MEDICAUX					
Orthèses, Prothèses auditives, Semelles orthopédiques, Matériel, petit appareillage et accessoires de traitement	80 % des Frais réels maxi 300 € / an	NON	90 % des Frais réels maxi 600 €/an	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an

(1) Après entente préalable.

(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 2000 €

Disposition concernant la prise en charge directe des frais d'hospitalisation :

Les dépenses occasionnées pour les hospitalisations médicales, chirurgicales, ou liées à l'accouchement, à l'exception de l'hospitalisation ambulatoire, des consultations externes et du transport, pourront faire l'objet, **après accord préalable de l'assureur** dans les conditions prévues à l'article 6, d'une procédure de prise en charge directe par ce dernier, dans les conditions usuelles, coutumières et raisonnables du pays dans lequel se déroule l'hospitalisation.

L'assureur effectue alors le remboursement des frais, **dans la limite des garanties et prestations prévues par le contrat**, directement à l'établissement de santé. L'excédent éventuel devra être réglé directement par l'adhérent.

Assurances cumulatives : Les remboursements du régime de protection sociale (pour les personnes qui en bénéficient), de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

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

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, L'ADHÉRENT DOIT FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHÉSION AU CONTRAT.

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

ARTICLE 6 – ENTENTE PRÉALABLE

1) Demande d'entente préalable

Pour l'ensemble des actes énumérés au paragraphe 6.2 ci-dessous, l'assuré doit demander l'accord préalable de l'assureur sur les modalités de réalisation des soins. Pour se faire, l'assuré doit transmettre au Médecin conseil de l'assureur une demande d'entente préalable accompagnée de l'ordonnance du praticien prescripteur et indiquant la pathologie et la durée prévisible des soins.

Cette demande d'entente préalable, **complétée et signée par le praticien prescripteur**, doit parvenir au Médecin conseil, sous pli confidentiel, **au moins deux semaines avant le début de l'exécution des actes médicaux**, le Médecin conseil se réservant le droit de demander tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Pour toute demande de remboursement de frais soumis à accord préalable mais n'ayant pas fait l'objet de cette formalité, l'assureur se réserve le droit de refuser le remboursement des frais. Si par la suite, il s'avère que l'acte était médicalement nécessaire et garanti au titre du contrat, la prise en charge sera limitée à 80% des prestations prévues.

2) Actes médicaux nécessitant une entente préalable

Tous les actes médicaux, les traitements et examens, ou ensemble d'actes médicaux, dont le coût est supérieur à 2000 € nécessitent une demande d'entente préalable.



Actes techniques médicaux et actes de biologie et de radiologie :

Sont soumis à entente préalable les actes supérieurs à 2000 €.

Sont également soumis à entente préalable quelque soit leur montant :



Hospitalisation médicale ou chirurgicale :

Toute hospitalisation, quelle qu'en soit la nature et la durée, nécessite un accord préalable de l'assureur.

Néanmoins en cas d'urgence caractérisée (accident ou maladie inopinée), la demande d'entente préalable doit être adressée à l'assureur **dans les cinq (5) jours qui suivent l'admission de l'assuré dans l'établissement de santé**, avec **mention du caractère urgent** de l'hospitalisation.

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 alors parvenir au Médecin conseil de l'assureur **dans les 48 heures qui suivent la fin de ladite période**.



Maternité :

Sont soumis à entente préalable,

- Les actes médicaux liés à l'accouchement (par voies naturelles ou par chirurgie)
- Les actes médicaux concernant la Procréation Médicale Assistée

Néanmoins en cas d'urgence caractérisée (complication à l'accouchement ou accouchement à date imprévue), l'entente préalable doit être transmise dans les mêmes conditions que l'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'urgence.



Dentaire :

Sont soumis à entente préalable,

- Les prothèses dentaires, les inlay-core, les inlays et onlays,
- Les implants dentaires

ARTICLE 7 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les frais :

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

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

- suicide ou tentative de suicide intervenant au cours de la 1ère année d'assurance,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeutes, rixes, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active,
- accident ou maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat Français,
- faits résultant des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré,
- effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,
- participation à toutes compétitions sportives et entraînements, pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tous sports dangereux tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le skysurfing, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous marine sauf en apnée à moins de 50m, le jet ski, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard,
- accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'assuré et acceptée par lui.

ARTICLE 8 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de maladie, d'accident ou d'accouchement, ouvrant droit à prestation, la demande de remboursement, dûment remplie, devra être adressée à l'assureur **au plus tard dans les 24 mois qui suivent la date des soins**, accompagnée des pièces suivantes :

- **dans le cadre d'une couverture au 1er euro** : les originaux des notes d'honoraires ou de frais, des prescriptions médicales et des ordonnances acquittées, datées et mentionnant les nom, prénoms et date de naissance de la personne soignée, ainsi que le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés, accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale.
- **dans le cadre d'une couverture en complément d'un régime de protection sociale** : les bordereaux de remboursements (ou justificatifs de paiement) du régime de protection sociale auxquels l'adhérent doit joindre une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par cet organisme ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Les scans ou photographies sont acceptés.

Le délégataire ou la compagnie se réserve le droit de demander les originaux pour procéder aux remboursements, ainsi que toutes pièces justificatives pour analyser la demande de prise en charge.

Il est notamment précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le régime de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

Pour les frais dentaires, l'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

Toute pièce justificative complémentaire à caractère médical réclamée par le médecin conseil ou le chirurgien-dentiste consultant de l'assureur devra lui être adressée par l'adhérent sous pli confidentiel.

Si un assuré bénéficiaire de traitements ou actes dentaires refuse de transmettre au chirurgien-dentiste consultant de l'assureur, les justificatifs qu'il réclame ou refuse de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le versement de ses prestations en remboursement des frais considérés.

En cas de récupération de la part du régime de protection sociale, à

la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'adhérent.

- **pour le remboursement des soins dentaires et frais de chirurgie dentaire réparatrice pratiqués dans un établissement hospitalier** : la preuve que les soins sont consécutifs à un accident caractérisé, tel que défini à l'article 3.
- **pour le remboursement des actes ou frais d'ostéopathie, d'acupuncture, d'homéopathie, de chiropractie, de pédicure-podologue et sage-femme** : l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien qui a effectué les actes.
- **si les soins nécessitent une demande d'entente préalable** : le formulaire d'entente préalable accepté par le médecin conseil de l'assureur, et le justificatif des frais engagés.
- **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, à adresser au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'adhérent doit avertir l'assureur dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

Si une personne assurée refuse de transmettre les justificatifs réclamés par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

L'adhérent ou ayant droit qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative sont payables en euros.

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de réalisation des soins.

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



III - EXÉCUTION DU CONTRAT



ARTICLE 9 – RÉFÉRENCE LÉGALE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'association contractante auprès de l'assureur, est régi par le code des assurances et notamment par ses articles L141-1 et suivants.

Les déclarations de l'association contractante et des adhérents servent de base à l'application des garanties.

Prescription :

En application de l'article L114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai court à compter du jour où :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru : l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre : les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil),
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance.

Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 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 (article 2243 du code civil),

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 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 la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers (article 2245 du code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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.

Subrogation :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L121-12 du code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule terrestre à moteur), il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur Santé en tant que tiers payeur.

ARTICLE 10 – DATE D'EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT – MODIFICATION DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative conclu entre l'association contractante et l'assureur a pris effet le **1er juillet 2010**. **Souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'assureur ou par l'association contractante, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

En outre, le contrat peut être modifié, par voie d'avenant, d'un commun accord entre l'association contractante et l'assureur. Il est entendu que dans ce cas et sauf dispositions particulières contraires, les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur seront applicables de plein droit à chaque entreprise adhérente.

ARTICLE 11 – ADHÉSION – PERSONNES GARANTIES – ADMISSION A L'ASSURANCE

1) Adhésion

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

- qu'ils soient âgés de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans à la date de leur demande d'adhésion,
- qu'ils soient de nationalité différente de celle du pays d'expatriation pendant la durée du contrat,

Toute demande d'adhésion doit être accompagnée des documents suivants à l'assureur :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé par l'adhérent,
- Les documents permettant de justifier la qualité des ayants droit au sens du contrat,
- Le profil de santé, datant de moins de 91 jours avant la date d'assurance souhaitée, complété et signé par chacun des assurés, adhérent et ayant(s) droit, à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur,
- Le certificat d'adhésion à la CFE ou à tout autre régime social de base,

L'assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugerait utile à l'étude du dossier.

Toute adhésion acceptée d'un adhérent et de ses ayant(s) droit éventuels sera constatée par la délivrance d'un certificat d'adhésion, indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion et, éventuellement, la durée de l'assurance,
- les garanties souscrites,
- la cotisation,
- la situation de chaque assuré vis-à-vis de la CFE ou du Régime social de base.

L'adhésion est souscrite pour une durée se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an.

Renonciation :

Si l'adhésion a été conclue à distance (par Internet, par téléphone, par courrier), en application de l'article L.112-2-1 du code des assurances relatif à la vente à distance, l'adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de la présente notice d'information valant conditions générales et du certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) (nom prénom) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat ASSURTRAVEL n° 0210/846990 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L. 112-2-1 du code des assurances. » (Date et signature).

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur.

Dès lors que l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

L'assureur est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivants la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

2) Personnes garanties

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

• Le conjoint de l'adhérent,

Ou le **partenaire** de l'adhérent lié par un Pacs au sens des articles 515-1 et suivant du Code civil (ou reconnaissance d'union civile similaire hors de France).

Ou le concubin de l'adhérent, partageant le même domicile et libre de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne). une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, est à adresser à l'assureur. En cas de concubins multiples, seul le concubin le plus âgé sera pris en considération.

• Les enfants de l'affilé, de son conjoint ou de son partenaire ou concubin, âgé de moins de 26 ans, non salarié, fiscalement à la charge de l'adhérent et/ou de son conjoint et poursuivant ses études.

Les ayants droits doivent résider dans le même pays que l'adhérent ou dans la même zone géographique telle que définie à l'article 2.

Selon l'option retenue par l'adhérent et indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve que les cotisations correspondantes soient payées à l'assureur, les garanties du contrat sont accordées :

• Soit : Adhérent sans ayant droit :

- à l'adhérent seul à l'exclusion de ses éventuels ayants droit à la définition du contrat, celui-ci étant rattaché à la catégorie « **Individuel** »,

• Soit : Adhérent avec ayant(s) droit :

- à l'adhérent et à ses ayants droit tels que définis ci-avant, quel que soit leur nombre, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « **Famille** ».

Il est précisé que :

- dans toutes les situations prévues ci-dessus, les ayants droit (conjoint, partenaire du PACS ou concubin de l'adhérent, enfant(s) à charge) pris en considération sont ceux déclarés à l'assureur et qui répondent aux définitions contractuelles,

- dans tous les cas prévus ci-dessus, de rattachement individuel des ayants droit au contrat, seuls seront pris en compte les ayants droit pour lesquels la cotisation nécessaire à leur prise en charge est payée à l'assureur.

3) Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance est subordonnée à l'acceptation médicale de l'assureur en fonction du profil de santé de chaque assuré. L'assureur se réserve le droit de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites sur le profil de santé. Si l'un des assurés présente un risque aggravé, l'assureur peut être amené à

• accepter l'admission à l'assurance mais à des conditions tarifaires particulières (surprime sur cotisation),

• accepter l'admission à l'assurance tout en excluant la prise en charge de frais de santé liés à une pathologie précise, cette exclusion étant notifiée par l'assureur par lettre recommandée,

• refuser l'admission à l'assurance, refus notifié par l'assureur par lettre recommandée.

ARTICLE 12 – PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

1) Prise d'effet de l'adhésion :

Pour l'adhérent : L'adhésion prend effet le 1er jour du mois qui suit la réception :

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

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

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

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

Par dérogation à ce qui précède, les enfants de l'adhérent nés postérieurement à son adhésion au contrat sont admis sans formalités médicales sous réserve qu'ils soient déclarés à l'assureur dans un délai d'un mois suivant leur date de naissance et sous réserve que la grossesse ait été couverte par son contrat. Si ce délai d'un mois est dépassé, leur adhésion au contrat prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception par l'assureur de la déclaration de leur naissance accompagné d'un nouveau bulletin d'adhésion et du profil de santé complété pour l'enfant nouveau-né.

2) Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus,

• sans délai d'attente pour les frais de maladie et les frais de soins courants,

• sous réserve de l'application des délais d'attente suivants :

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

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

Les garanties sont acquises à l'adhérent et à ses ayants droit dans la zone de couverture telle que définie à l'article 2.

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

ARTICLE 13 - CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

1) Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat cesse pour chaque assuré :

- à la date de résiliation du contrat ou de l'adhésion audit contrat par l'assureur.
- **Dès que le contrat ou que l'adhésion à celui-ci est résilié(e), il(elle) ne peut en aucun cas être maintenu(e) dans ses effets, à titre individuel.** Dans ce cas, tout adhérent en faisant la demande pourra contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés à titre individuel par l'assureur. Toutefois, des conditions d'admission simplifiées sont réservées aux personnes définies au paragraphe 4-2) ci-après,
- en cas de résiliation de l'adhésion à l'association contractante, ou si l'adhérent n'y adhère plus,
- à la date du retour définitif dans le pays d'origine,
- à la date du 65ème anniversaire de l'adhérent. Toutefois, les garanties sont maintenues au-delà du 65ème anniversaire de l'adhérent, à condition de justifier d'une ancienneté de 5 années minimum d'adhésion au contrat. Dans ce cas, les garanties cessent au plus tard à son 71ème anniversaire.
- si les cotisations concernant l'adhésion ne sont plus réglées, dans les conditions prévues au paragraphe 9 en application de l'article L.141-3 du Code des assurances.

2) Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus. Il est précisé que les garanties cessent, pour les ayants droit de l'adhérent, si les cotisations les concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l'article L.141-3 du code des assurances) et, en tout état de cause :

- **pour le conjoint** : à la date de la décision devenue définitive en cas de divorce ou de séparation judiciaire et, au plus tard à son 65ème anniversaire,
- **pour le partenaire ou le concubin**, à la date de rupture du PACS ou du concubinage et, au plus tard à son 65ème anniversaire,
- **pour les enfants** : dès qu'ils cessent de répondre à la définition d'ayants droit prévue à l'article 3.

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

ARTICLE 14 – MODIFICATIONS DES GARANTIES – PAYS D'EXPATRIATION

1) Changement de formule de garantie

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

L'adhérent peut modifier son choix :

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

Il est toutefois précisé que le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après 2 années d'adhésion à la précédente formule. En cas de diminution des garanties, la prise d'effet intervient le 1er jour du trimestre civil qui suit la demande de modification. Les délais d'attente des garanties sont appliqués à partir de la date d'effet des garanties précédentes. En cas de majoration des garanties, l'adhérent doit remplir une nouvelle demande d'adhésion et compléter, ainsi que ses éventuels ayants droits, un nouveau profil de santé. L'assureur se réserve le droit de refuser les demandes de majorations de garanties. Les délais d'attente prévus pour les garanties frais de santé sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet des nouvelles garanties.

2) Changement de pays d'expatriation

L'adhérent doit informer l'assureur au moins 1 mois avant la date effective du changement de pays d'expatriation. En cas de changement de zone géographique (telle que définie à l'article 2), la nouvelle tarification lui est applicable le 1er jour du mois civil qui suit la date de modification. A cette occasion, il peut également modifier ses garanties comme il est prévu ci-dessus.

ARTICLE 15 – OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR À L'ÉGARD DES PERSONNES ASSURÉES RÉPONDANT AUX DÉFINITIONS DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

L'assureur s'engage à adresser aux personnes placées dans une situation susceptible de leur permettre de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, cessant d'être garanties par le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, qui lui ont été déclarées, une proposition de maintien de la couverture Santé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de l'événement considéré.

ARTICLE 16 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

1) Réclamation – Médiation

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'adhérent ou toute personne susceptible de bénéficier du contrat peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel

Assur-Travel – Gapi

Zone d'activité Actiburo – 99 rue Parmentier – 59650 Villeneuve d'Ascq
Tél. : +33 (0)3 28 54 03 20 – contact@gapigestion.com

ou au service de l'assureur en charge de la relation avec la clientèle à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs

Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pésaro - 92024 Nanterre
Tél. : +33 (0)1 70 96 62 68 - src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie - Service Réclamations

TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex 9
service.reclamations@ggvie.fr

Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de deux (2) mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé. En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, le demandeur pourra saisir la Médiation de l'Assurance.

Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09
www.mediation-assurance.org

Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, le demandeur peut éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès de son conseiller ou contact habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr à la rubrique « Mentions légales ».

2) Protection des données personnelles

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes des activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

Droits des personnes :

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification).
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition).
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'Assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données).
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à :

- **Assur-Travel** - A l'attention du DPO
Zone Actiburo - 99 rue Parmentier – 59650 Villeneuve d'Ascq dpo@assur-travel.fr.
- **Groupama Gan Vie** – A l'attention du Délégué Relais à la Protection des données
Immeuble WP2 – 2 boulevard de Pésaro - 92000 Nanterre correspondant.cnil@ggvie.fr

Concernant leurs données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur: Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

Le traitement des données personnelles est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Il est convenu entre les parties que toute communication d'information entre la contractante et le délégataire (GAPI) dans un sens comme dans l'autre est à considérer comme une communication entre la contractante et l'assureur et ce, dans les conditions et limites définies par le mandat de gestion liant le délégataire et l'assureur.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects :

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- La gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat) et l'exécution des garanties du contrat ;
- La gestion des clients ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- La mise en place d'actions de prévention ;
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- La conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord de l'adhérent. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) les données de santé sont conservées 5 ans maximum à des fins probatoires et les autres données pourront être conservées 3 ans maximum.

Prospection commerciale :

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects et mettent en oeuvre des traitements nécessaires à :

- La réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- L'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- La conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès de nos services (voir ci-avant Droit des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), la personne concernée peut également s'opposer en réglant ses préférences dans son espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elle peut aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elle n'a pas de relation contractuelle en cours de démarcher par téléphone.

3) Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en oeuvre 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 leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude.

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).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en oeuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure et expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

4) Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en oeuvre des dispositifs de surveillance destinés à la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et permettre l'application de sanctions financières. Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur. Celles relatives aux opérations réalisées par les personnes sont conservées 5 ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

Ces informations sont destinées aux services de l'assureur en charge du traitement de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

TRACFIN peut également être destinataire d'informations à cette fin. Conformément au code monétaire et financier, le droit d'accès à ces données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (www.cnil.fr).

5) Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

En ce qui concerne les garanties d'assistance du contrat auprès de Mutuaide Assistance, tout appel téléphonique passé dans ce cadre sera systématiquement enregistré aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations.

Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel considéré.

6) Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé. Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même. Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

7) Recueil et traitement des données de santé

Toute personne assurée accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé.

Nécessaires à la gestion du contrat et des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

8) Transfert d'informations hors de l'Union européenne

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en oeuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

ARTICLE 17 – JURIDICTION

L'association contractante, l'assureur et les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

IV - DISPOSITIONS FINANCIÈRES



ARTICLE 18 – COTISATIONS

1) Fixation et calcul de la cotisation

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation. Selon le choix de l'adhérent indiqué au certificat d'adhésion, la cotisation est exprimée comme suit :

- **Soit : Individuel** : pour l'adhérent seul à l'exclusion de ses éventuels ayants droit,
- **Soit : Famille** : pour l'adhérent et à ses ayants droit au sens du contrat, quel que soit leur nombre.

Le montant de la cotisation annuelle est calculé selon la formule de garanties retenue, la zone géographique de couverture et,

- L'âge de l'adhérent dans le cas d'une cotisation individuelle,
- L'âge de la personne garantie la plus âgée dans le cas d'une cotisation famille.

Le montant de la cotisation est indiqué au certificat d'adhésion. Les cotisations relatives aux garanties de l'adhésion au contrat sont payables d'avance, en France et en euros, annuellement, semestriellement ou trimestriellement.

Il est précisé que pour toute adhésion en cours de trimestre, la cotisation sera calculée sur la période comprise entre le 1er jour de l'adhésion et l'échéance trimestrielle suivante. La cotisation cesse d'être due le jour de la cessation de l'adhésion.

En cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'au terme de la période annuelle d'adhésion et cessent à la date d'échéance des cotisations.

Toute taxe, imposition ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

Les cotisations dues à l'assureur sont payables par l'association contractante. Selon le mandat de gestion liant le délégataire et l'assureur, les cotisations dues à l'assureur sont payables par l'association contractante au délégataire (GAPI) et tout défaut de paiement sera également géré par ce dernier.

2) Paiement de la cotisation par l'adhérent

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

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

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

Les frais bancaires demeurent à la charge de l'adhérent.

3) Évolution de la cotisation

Le montant de la cotisation est revu le 1er avril de chaque année compte tenu de l'âge atteint (déterminé par différence de millésime) par l'adhérent en cotisation individuelle ou de l'âge de la personne garantie la plus âgée en cotisation famille et du tarif en vigueur à cette date.

La nouvelle cotisation sera appliquée,

- Le 1er avril de l'année en cas de règlement trimestriel de la cotisation,
- Le 1er juillet de l'année en cas de règlement semestriel de la cotisation,
- Le 1er janvier de l'année suivante en cas de règlement annuel de la cotisation.

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

4) Défaut de paiement de l'adhérent :

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, la contractante doit, au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de l'adhésion.



Groupama Gan Vie

SA au capital de 1 371 100 605 euros RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z Tél. : 01 44 56 77 77 src-collectives@ggvie.fr - Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08
 Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09
 Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance

VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC **médecin**direct 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.

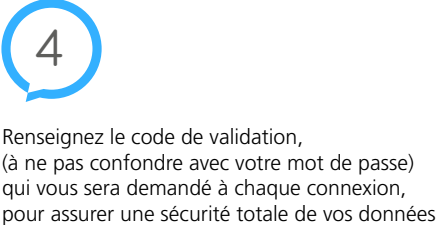
COMMENT ÇA MARCHE ?

Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :

- 

Rendez-vous sur le site <https://inscription.medicindirect.fr/> ou sur l'application gratuite MédecinDirect (disponible sur iOS et Android).
- 

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

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

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.
- 

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

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



Un service disponible :



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.

Si 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/>