

CONDITIONS 2023

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)

Contrat d'assurance collectif  
à adhésion facultative  
N° 35524910

# La Responsabilité Civile des Expatriés

## Notice d'information



**Expatriés Responsabilité civile Vie privée Tokio Marine HCC**  
**Réf. TMSL-RCEXP-0610 / DG Expatrié RC 0312**

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

# Responsabilité Civile des Impatriés

TMSL-RCEXP-0610

## SOMMAIRE

<b>ARTICLE 1 - DÉFINITIONS</b>	<b>3</b>
<b>ARTICLE 2 - OBJET DE LA GARANTIE</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 3 - TERRITORIALITÉ</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 4 - EXCLUSIONS</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 5 - ÉTENDUE DES GARANTIES DANS LE TEMPS</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 6 - MONTANT DES GARANTIES</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 7 - SANCTIONS</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 8 - LA FORMATION ET LA DUREE DES ADHESIONS</b>	<b>7</b>
<b>ARTICLE 9 - RÉSILIATION</b>	<b>7</b>
<b>ARTICLE 10 - DOCUMENTATION NÉCESSAIRE AU REMBOURSEMENT EN CAS DE SINISTRE</b>	<b>8</b>
<b>ARTICLE 11 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX ASSURANCES DE RESPONSABILITÉS</b>	<b>9</b>
<b>ARTICLE 12 - PAIEMENT DES INDEMNITÉS</b>	<b>10</b>
<b>ARTICLE 13 - DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>10</b>





# ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

## Acte de terrorisme ou de sabotage

Toute opération organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, économiques, religieuses ou sociales et exécutée individuellement ou par un groupe en vue d'attenter à l'intégrité des personnes ou d'endommager ou détruire des biens.

## Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances principales de cotisation.

- Si la date d'effet du contrat est distincte de la date d'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et la première date d'échéance principale.
- Si le contrat expire ou cesse entre deux échéances principales, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance principale et la date d'expiration ou de cessation du contrat.

## Assuré

L'Assuré est :

- de Nationalité Française ou Etrangère,
  - il a le statut de **DETACHE et/ou d'EXPATRIE**, et est âgé de moins de 70 ans.
- Les membres de leur famille, ont la qualité d'Assuré, lorsqu'ils accompagnent l'Adhérent au cours de son Détachement ou de son Expatriation et que les options de garanties Famille ont été souscrites.

Par membre de la Famille il y a lieu d'entendre :

- Le Conjoint : la personne liée à l'Assuré par les liens du mariage et non séparé judiciairement.
- Le concubin : la personne qui vit maritalement avec l'Assuré, depuis au moins une année et dans la même communauté d'intérêts qu'un couple marié.
- Le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Assuré.
- Les enfants. Il s'agit des enfants légitimes ou naturels ou reconnus ou recueillis de l'Assuré et/ou de son conjoint ou Concubin ; âgés de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études à temps plein.

## Domme corporel

Toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.

## Domme matériel

Toute détérioration ou destruction d'une chose ou substance. Toute atteinte physique à un animal.

## Domme immatériel consécutif

Tout préjudice pécuniaire qui résulte de la privation de jouissance totale ou partielle d'un bien ou d'un droit, de la perte d'un bénéfice, de la perte de clientèle, de l'interruption d'un service ou d'une activité, et qui est la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis.

## Fait dommageable

Fait qui constitue la cause génératrice du dommage.

## Faute inexcusable

Faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel.  
Un élément intentionnel/une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.

## Franchise absolue

La somme (ou le pourcentage) qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur.

La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre des victimes. Les franchises exprimées en pourcentage s'appliquent au montant de l'indemnité due par l'Assureur.

## Pays d'origine

Le pays de nationalité de l'Assuré ou le pays de résidence habituelle précédant le départ en mission à l'étranger et pour lequel il a la qualité de ressortissant (soumis à la législation du pays).

## Pays de Détachement

Le pays où l'Assuré est affecté en Mission en tant que Détaché. Il est obligatoirement différent du pays d'origine.

## Notion territoriale d'Etranger

Il s'agit du monde entier à l'exception du Pays d'origine de l'Assuré.

## Notion Territoriale de la France

Il s'agit de la France Métropolitaine.

## Pollution accidentelle

L'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse, diffusée par l'atmosphère, le sol ou les eaux, qui résultent d'un événement soudain et imprévu et qui ne se réalisent pas de façon lente, graduelle ou progressive.

## Réclamation

Toute demande en réparation amiable ou contentieuse, formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'Assuré ou à l'Assureur.

## Responsabilité civile

Obligation légale qui incombe à toute personne de réparer le dommage qu'elle a causé à autrui.

## Sinistre

Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

## Territorialité de la Garantie RC Vie Privée

Tous les pays de Détachement ou d'Expatriation.

## Tiers

Toute personne autre que l'Assuré, les membres de sa famille tels que définis au Contrat, ainsi que les ascendants et les descendants des membres de la famille.  
Entre également sous cette définition, les personnes assumant à titre occasionnel et gratuit la garde des enfants de l'assuré ou celle de ses animaux et les employés au service de l'assuré.

## Véhicule terrestre à moteur

Engin qui se meut sur le sol (c'est-à-dire autre qu'aérien ou naval), sans être lié à une voie ferrée, automoteur (propulsé par sa propre force motrice) et qui sert au transport de personnes (même s'il ne s'agit que du conducteur) ou de choses.

## Vie privée

L'exercice de toute activité autre que celles qui sont attachées à l'exécution d'un contrat de Travail, de Services ou de Prestations, et qui relèvent de « la sphère privée » notamment les activités domestiques, personnelles et de loisirs.

## ARTICLE 2 - OBJET DE LA GARANTIE



L'Assureur garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant lui incombent en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs, causés aux Tiers au cours de sa vie privée.

On entend par vie privée toute activité à caractère non professionnel.

Toutefois, le trajet aller/retour entre le domicile et le lieu de travail est couvert.

La garantie est étendue :

- aux dommages provenant de l'intoxication et de l'empoisonnement causés par les produits alimentaires ou boissons servis par la personne assurée.
- aux dommages subis par les personnes employées à son service personnel domestique par l'Assuré, résultant de la faute inexcusable au sens des articles 452 et 452.3 du code de la Sécurité Sociale Français.

### SONT EXCLUS :

- LES COTISATIONS SUPPLEMENTAIRES PREVUES AUX ARTICLES L 242.7. ET L 412.3. DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE OU PAR UN TEXTE EQUIVALENT S'IL S'AGIT D'UN REGIME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE SPECIFIQUE.
- TOUT ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE LIE AU NON RESPECT DES DISPOSITIONS DU CODE DU TRAVAIL PREVUES AUX ARTICLES L 122-45 A L 122-45-3 (discriminations), L 122-46 A L 122-54 (harcèlement) ET L 123-1 A L 123-7 (égalité professionnelle entre les femmes et les hommes).

### DEFENSE

L'Assureur assume la défense de l'Assuré dans les conditions visées ci-dessous.

En cas d'action mettant en cause une responsabilité relevant des garanties du contrat, l'Assureur défend l'Assuré dans toute procédure concernant également les intérêts de l'Assureur. La garantie est engagée lorsque les dommages et intérêts réclamés excèdent le montant de la franchise.

L'Assureur dirige la défense de l'Assuré en ce qui concerne les intérêts civils. Il a la faculté d'exercer les voies de recours lorsque l'intérêt pénal de l'Assuré n'est pas ou n'est plus en cause (avec l'accord de l'Assuré dans le cas contraire).

La prise de direction de la défense de l'Assuré ne vaut pas renonciation pour l'Assureur à se prévaloir de toute exception de garantie dont il n'a pas connaissance au moment de cette prise de direction.

Les frais de défense sont à la charge de l'Assureur, sans imputation sur le montant de garantie des dommages correspondants.

**Si le montant de dommages et intérêts dépasse le plafond de garantie correspondant, l'Assureur prend en charge les frais de défense au prorata du montant de garantie par rapport au montant de l'indemnité due au tiers lésé.**

## ARTICLE 3 - TERRITORIALITÉ



Les garanties du présent contrat produisent leurs effets, dans le monde entier, au cours de la vie Privée de l'Assuré pendant toute la durée de son Détachement ou de son Expatriation.





## ARTICLE 4 - EXCLUSIONS

### SONT EXCLUS :

- LES CONSÉQUENCES DE LA FAUTE INTENTIONNELLE DE L'ASSURÉ.
- LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LA GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE DÉCLARÉE OU NON, LES ÉMEUTES ET MOUVEMENTS POPULAIRES, LES ACTES DE TERRORISME, ATTENTATS OU SABOTAGES.
- LES DOMMAGES CAUSÉS PAR DES ÉRUPTIONS VOLCANIQUES, TREMBLEMENTS DE TERRE, TEMPÊTES, OURAGANS, CYCLONES, INONDATIONS, RAZ-DE-MAREE ET AUTRES CATACLYSMES.
- LES DOMMAGES RENDUS INÉLUCTABLES PAR LE FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURÉ ET QUI FONT PERDRE AU CONTRAT D'ASSURANCE SON CARACTÈRE DE CONTRAT ALÉATOIRE GARANTISSANT DES ÉVÉNEMENTS INCERTAINS (ARTICLE 1964 DU CODE CIVIL).
- L'AMENDE ET TOUTE AUTRE SANCTION PÉNALE INFLIGÉE PERSONNELLEMENT À L'ASSURÉ.
- LES DOMMAGES OU L'AGGRAVATION DES DOMMAGES CAUSÉS :
  - PAR DES ARMES OU ENGINES DESTINÉS À EXPLOSER PAR MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU DE L'ATOME,
  - PAR TOUT COMBUSTIBLE NUCLEAIRE, PRODUIT OU DÉCHET RADIOACTIF,
  - PAR TOUTE SOURCE DE RAYONNEMENTS IONISANTS (EN PARTICULIER TOUT RADIO-ISOTOPE).
- LES CONSÉQUENCES DE LA PRÉSENCE D'AMIANTE OU DE PLOMB DANS LES BATIMENTS OU OUVRAGES APPARTENANT OU OCCUPÉS PAR L'ASSURÉ, DE TRAVAUX DE RECHERCHE, DE DESTRUCTION OU DE NEUTRALISATION DE L'AMIANTE OU DU PLOMB, OU DE L'UTILISATION DE PRODUITS CONTENANT DE L'AMIANTE OU DU PLOMB.
- LES DOMMAGES CAUSÉS DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR LES POLLUANTS ORGANIQUES PERSISTANTS SUIVANTS : ALDRINE, CHLORDANE, DICHLORODIPHENYLTRICHLOROETHANE (DDT), DIOXINES, DIELDRINE, ENDRINE, FURANES, HEPTACHLORE, HEXACHLOROBENZÈNE, MIREX, POLYCHLOROBIPHENYLES (PCB) TOXAPHÈNE, LE FORMALDÉHYDE, LE METHYLTERTIOPBUTYLETHÈRE (MTBE).
- LES CONSÉQUENCES D'ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ACCEPTÉS PAR L'ASSURÉ ET QUI ONT POUR EFFET D'AGGRAVER LA RESPONSABILITÉ QUI LUI AURAIT INCOMBÉ EN L'ABSENCE DESDITS ENGAGEMENTS.
- LES DOMMAGES RESULTANT DE L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE QUELCONQUE OU DE FONCTIONS ACCOMPLIES DANS LE CADRE DE MANDATS ÉLECTIFS.
- LES CONSÉQUENCES DE TOUS LES SINISTRES MATÉRIELS ET CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURÉ.
- LES DOMMAGES DE POLLUTION, AINSI QUE LES TROUBLES ANORMAUX DE VOISINAGE (NUISANCES).
- LES DOMMAGES DE LA NATURE DE CEUX VISÉS À L'ARTICLE L. 211 1 DU CODE DES ASSURANCES SUR L'OBLIGATION D'ASSURANCE AUTOMOBILE ET CAUSÉS PAR LES VÉHICULES TERRESTRES À MOTEUR, LEURS REMORQUES OU SEMI REMORQUES DONT L'ASSURÉ A LA PROPRIÉTÉ, LA GARDE OU L'USAGE (Y COMPRIS DU FAIT OU DE LA CHUTE DES ACCESSOIRES ET PRODUITS SERVANT À L'UTILISATION DU VÉHICULE, ET DES OBJETS ET SUBSTANCES QU'IL TRANSPORTE).
- LES DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATERIELS CONSECUTIFS, CAUSÉS PAR UN INCENDIE, UNE EXPLOSION OU UN DÉGAT DES EAUX AYANT PRIS NAISSANCE DANS LES BATIMENTS DONT L'ASSURÉ EST PROPRIÉTAIRE, LOCATAIRE OU OCCUPANT.
- IL EST CONVENU QUE L'OCCUPATION TEMPORAIRE DE LOCAUX, D'UNE DURÉE INFÉRIEURE À 3 MOIS CONSECUTIFS EST GARANTIE. CETTE DISPOSITION VISE PAR EXEMPLE L'OCCUPATION DE LOCAUX DE « VILLEGIATURE » PAR L'ASSURÉ.
- LES VOLS COMMIS DANS LES BATIMENTS CITÉS À L'EXCLUSION PRÉCÉDENTE.
- LES DOMMAGES MATÉRIELS (AUTRES QUE CEUX VISÉS AUX DEUX EXCLUSIONS PRÉCÉDENTES) ET IMMATERIELS CONSECUTIFS CAUSÉS AUX BIENS DONT L'ASSURÉ RESPONSABLE A LA GARDE, L'USAGE OU LE DÉPÔT.
- IL EST CONVENU QUE LES BIENS DONT L'ASSURÉ A LA GARDE, L'USAGE OU LE DÉPÔT POUR UNE DURÉE TEMPORAIRE DE 3 MOIS CONSECUTIFS SONT GARANTIS.
- LES CONSÉQUENCES DE LA NAVIGATION AÉRIENNE, MARITIME, FLUVIALE OU LACUSTRE AU MOYEN D'APPAREILS DONT L'ASSURÉ A LA PROPRIÉTÉ, LA GARDE OU L'USAGE.
- LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LES ARMES ET LEURS MUNITIONS DONT LA DÉTENTION EST INTERDITE ET DONT L'ASSURÉ EST POSSESEUR OU DÉTENTEUR SANS AUTORISATION PRÉFECTORALE.
- LES CONSÉQUENCES DE LA PRATIQUE DE LA CHASSE Y COMPRIS LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LES CHIENS EN ACTION DE CHASSE.
- LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LES ANIMAUX AUTRES QUE DOMESTIQUES.
- LES DOMMAGES CAUSÉS PAR LES CHIENS DE PREMIÈRE CATÉGORIE (CHIENS D'ATTAQUE) ET DE DEUXIÈME CATÉGORIE (CHIENS DE GARDE ET DE DÉFENSE), DÉFINIS À L'ARTICLE 211-1 DU CODE RURAL, ET PAR LES ANIMAUX D'ESPECE SAUVAGE APPRIVOISÉS OU TENUS EN CAPTIVITÉ, MENTIONNÉS À L'ARTICLE 212-1 DU CODE RURAL, ERRANTS OU NON, DONT L'ASSURÉ EST PROPRIÉTAIRE OU GARDIEN (LOI N° 99-5 DU 6 JANVIER 1999 RELATIVE AUX ANIMAUX DANGEREUX ET ERRANTS ET À LA PROTECTION DES ANIMAUX).
- LES CONSÉQUENCES :
  - DE L'ORGANISATION ET DE LA PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS SPORTIVES ;
  - DE LA PRATIQUE DE SPORTS EN TANT QUE TITULAIRE DE LA LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE ;
  - DE LA PRATIQUE DE SPORTS AÉRIENS OU NAUTIQUES.
  - DE LA PRATIQUE DE TOUS SPORTS NECESSITANT L'USAGE D'ENGINES MÉCANIQUES À MOTEUR, QUE CE SOIT EN QUALITÉ DE PILOTE OU DE PASSAGER. PAR PRATIQUE D'UN SPORT, IL FAUT ENTENDRE LES ENTRAÎNEMENTS, LES ESSAIS, AINSI QUE LA PARTICIPATION AUX ÉPREUVES SPORTIVES OU COMPÉTITIONS,
  - DE LA PRATIQUE DE SPORTS PRÉSENTANT DES CARACTÉRISTIQUES DANGÉREUSES TELS QUE : L'ALPINISME, LA VARAPPE, LA PLONGÉE SOUS-MARINE SAUF EN APNÉE À MOINS DE 50 MÈTRES, LA SPELEOLOGIE, LE SKELETON, LE SAUT À SKI, LE BOBSLEIGH, LE SAUT À L'ÉLASTIQUE, LE RAFTING, LE CANYONING, LE JET-SKI, LE KITE-SURF AINSI QUE LES SPORTS SUIVANTS LORSQU'ILS SONT PRATIQUÉS HORS-PISTES : LE SKI, LE SKI DE FOND, LA LUGE ET LE SNOWBOARD.
- LES DOMMAGES IMMATERIELS NON CONSECUTIFS OU CONSECUTIFS À DES DOMMAGES CORPORELS OU MATÉRIELS NON GARANTIS
- LES « EXEMPLARY DAMAGES » ET LES « PUNITIVE DAMAGES »

## ARTICLE 5 - ÉTENDUE DES GARANTIES DANS LE TEMPS



La garantie du présent contrat est déclenchée par le fait dommageable et couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre (article L. 124-5 du Code des assurances).

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'Assureur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

## ARTICLE 6 - MONTANT DES GARANTIES



Les montants de garantie exprimés par sinistre constituent la limite de l'engagement de l'Assureur pour l'ensemble des réclamations relatives au même fait dommageable. La date du sinistre est celle du fait dommageable. Les conditions et montants de garantie sont ceux en vigueur à cette date.

- Dommages Corporels, Matériels et Immatériels consécutifs : 7 500 000 Euros par sinistre et par année d'assurance  
Dont :  
- Faute inexcusable (Employés au service de l'adhérent assuré) : 300 000 Euros par victime et par année d'assurance.

- Dommages Matériels et Immatériels consécutifs : 750 000 Euros par sinistre et par année d'assurance, Franchise : 150 Euros par sinistre.  
- avec un maximum en Incendie, Explosion et Dégâts des Eaux : 300 000 Euros en cas d'occupation temporaire de biens (moins de 3 mois) « en villégiature ».
- Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives :  
- Frais à la charge de l'Assureur, sauf dépassement du plafond de garantie en cause.

## ARTICLE 7 - SANCTIONS



**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances ou des aggravations visées respectivement aux paragraphes ci-avant, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances :**

- en cas de mauvaise foi de votre part ou de l'Assuré, par la nullité du contrat ;
- si votre mauvaise foi ou celle de l'Assuré n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés. Le tarif pris pour base de cette réduction est, selon le cas, celui applicable, soit lors de la souscription du contrat, soit au jour de l'aggravation du risque ou, si celui-ci ne peut être déterminé, lors de la dernière échéance précédant le sinistre.

# ARTICLE 8 - LA FORMATION ET LA DURÉE DES ADHÉSIONS



## Prise d'effet de l'adhésion

Chaque adhésion prend effet à la date indiquée sur le formulaire d'adhésion. Les présentes garanties prennent effet sous réserve du paiement des cotisations.

## Durée de la garantie

L'adhésion est souscrite jusqu'à la fin du trimestre civil qui suit la prise d'effet des garanties. Elle se renouvelle ensuite chaque trimestre par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception ou par LA COMPAGNIE au moins 1 mois avant la fin du trimestre civil en cours.

Elle est résiliée de plein droit dans les cas suivants :

- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'adhérent cesse d'adhérer,
- en cas de non paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 et 113-3 du code des Assurances français et à l'article « Paiement des Cotisations ».
- en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe conclu entre ASSUR-TRAVEL et LA COMPAGNIE, les garanties cessent pour l'adhérent et donc pour les assurés à la date de la résiliation.

Cas particulier : L'Adhérent regagnant définitivement son pays d'origine doit en informer LA COMPAGNIE par l'intermédiaire du Souscripteur au moins un mois avant sa date de retour. L'adhésion cessera à la fin du trimestre civil en cours.

Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties. Dès lors que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets.

## Annulation de l'adhésion

L'adhérent a 30 jours pour annuler sa demande par écrit (lettre, courriel ou fax) à partir de la date à laquelle il a reçu les Conditions générales complètes de sa police d'assurance.

## Cotisation

A défaut de recouvrement de la 1ère cotisation ou de la cotisation due à l'échéance contractuelle du renouvellement de l'adhésion au contrat Groupe, la cotisation impayée sera réclamée au moyen d'une lettre recommandée adressée par la Compagnie rappelant les dispositions légales dans ce domaine, à savoir :

- Suspension des garanties dans les trente jours suivants l'envoi de la lettre recommandée de mis en demeure (art. L113.3 du code des assurances)
- Résiliation de l'adhésion dans les 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours en cas de refus de paiement.

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

# ARTICLE 9 - RÉSILIATION



Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et conditions fixés ci-après.

## Par vous ou par nous

- Chaque trimestre, à la date d'échéance, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de deux mois au moins.

## Par vous

- En cas de diminution des risques, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances).
- En cas de résiliation par nous après sinistre, d'un autre contrat à votre nom (article R.113-10 du Code des Assurances), dans le délai d'un mois après la notification de la résiliation de la police sinistrée.
- En cas de révision tarifaire.

## Par nous

- En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des assurances).
- En cas d'aggravation du risque (article L.113-4 du Code des assurances).
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de la souscription ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code des assurances).
- Après sinistre, vous avez alors le droit de résilier les autres contrats que vous auriez souscrits auprès de nous (article R.113-10 du Code des assurances), dans le délai d'un mois après la notification de la résiliation de la police sinistrée.
- En cas de redressement ou liquidation judiciaire prononcé à votre encontre (article L.113-6 du Code des assurances).

## Par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur

En cas de redressement ou liquidation judiciaire prononcée à votre encontre (article L.113-6 du Code des assurances).

## De plein droit

En cas de retrait total de l'agrément accordé à la Compagnie (article L.326-12 du Code des assurances).

Dans le cas d'une résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation pour la période restante vous est remboursée, si elle a été payée d'avance. Toutefois, cette portion de cotisation nous est conservée si le contrat a été résilié pour non-paiement de cotisation.

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations acquises ou nées durant sa période de validité.

Il est expressément entendu qu'aucune adhésion ne peut être acceptée postérieurement à la date de résiliation du contrat Groupe.

## Formes de résiliation

Lorsque vous avez la faculté de résilier, vous pouvez le faire à votre choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé à notre Siège social ou chez notre représentant, soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation par nous doit vous être notifiée par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

En cas de résiliation par lettre recommandée, le délai de préavis court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Dans les cas visés aux paragraphes précédents, la résiliation ne pourra être demandée par chacune des parties que par lettre recommandée avec demande d'avis de réception indiquant la nature et la date de l'événement invoqué et donnant toutes précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.



# ARTICLE 10 - DOCUMENTATION NÉCESSAIRE AU REMBOURSEMENT EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il importe que nous soyons rapidement et parfaitement informés des circonstances dans lesquelles il s'est produit et de ses conséquences possibles.

## Forme et informations nécessaires

**L'Assuré ou ses ayants droit, vous-même s'il y a lieu, ou tout mandataire agissant en leur nom sont tenus de faire, par écrit ou verbalement contre récépissé, à notre Siège ou auprès de notre représentant désigné au contrat, la déclaration de tout sinistre dans les CINQ JOURS au plus tard de la date à laquelle ils en ont eu connaissance.**

**Si la déclaration de sinistre n'est pas effectuée dans le délai prévu ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous pouvons opposer la déchéance de garantie lorsque nous pouvons établir que le retard dans la déclaration nous a causé un préjudice (article L.113-2 du Code des assurances).**

Ils devront, en outre, nous fournir avec cette déclaration, tous renseignements sur la gravité, les causes et les circonstances du sinistre et nous indiquer, si possible, les noms et adresses des témoins et auteurs responsables.

La victime ou ses ayants droit doivent s'efforcer de limiter les conséquences de l'accident et recourir notamment aux soins médicaux nécessités par l'état de la victime.

## Pour toutes les garanties

- Le numéro du contrat.
- La copie du formulaire d'affiliation.

Dès qu'il a connaissance d'un fait susceptible d'engager la garantie du présent contrat et au plus tard dans les **CINQ JOURS**, l'Assuré doit sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, en aviser l'Assureur par écrit ou verbalement contre récépissé.

Il doit en outre :

- Indiquer à l'Assureur dans le plus bref délai les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature et le montant approximatif des dommages.
- Prendre toutes mesures propres à limiter l'ampleur des dommages déjà connus et à prévenir la réalisation d'autres dommages.
- Transmettre à l'Assureur, dans le plus bref délai, tous avis, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui sont adressés, remis ou signifiés.

Faute par l'Assuré de se conformer aux obligations énumérées aux trois alinéas précédents, l'Assureur a droit à une indemnité proportionnelle aux dommages que cette inexécution pourrait lui causer.

## Contrôle

L'Adhérent assuré a l'obligation de se soumettre à l'examen des médecins délégués par nous, nos représentants auront libre accès auprès de lui chaque fois que nous le jugerons utile, **sous peine pour l'Assuré ou pour tout bénéficiaire d'encourir la déchéance de leurs droits au cas où, sans motif valable, ils refuseraient de permettre le contrôle de nos délégués ou feraient obstacle à l'exercice de ce contrôle si, après l'avis donné quarante-huit heures à l'avance par lettre recommandée, nous nous heurtons de leur fait à un refus persistant ou demeurons empêchés d'exercer notre contrôle.**

**Toute fraude, réticence ou fausse déclaration de votre part ou de celle du bénéficiaire de l'indemnité, ayant pour but de nous induire en erreur sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraînent la perte de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.**

# ARTICLE 11 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX ASSURANCES DE RESPONSABILITÉS



En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par le présent contrat, les assureurs dans la limite de leur garantie :

- a) devant des juridictions civiles, commerciales ou administratives, assument la défense de l'Assuré, dirigent le procès et ont le libre exercice des voies de recours.
- b) devant les juridictions pénales, si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, ont la faculté de diriger la défense ou de s'y associer et, au nom de l'assuré civilement responsable, d'exercer les voies de recours.

Toutefois, les assureurs ne pourront exercer les voies de recours qu'avec l'accord de l'assuré, si celui-ci a été cité comme prévenu, exception faite du pourvoi en cassation lorsqu'il est limité aux intérêts civils.

Les assureurs ont seuls le droit, dans la limite de leur garantie, de transiger avec les personnes lésées ou leurs ayants-droit.

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors des assureurs ne leur sont opposables; n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir.

Les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement ne viennent pas en déduction du montant de la garantie. Toutefois, en cas de condamnation à un montant supérieur, ils sont supportés par les assureurs et par l'assuré en proportion de leur part respective dans la condamnation.

Si l'indemnité allouée à une victime ou à ses ayants-droit consiste en une rente, et si une acquisition de titres est ordonnée pour sûreté de son paiement, les assureurs emploient à la constitution de cette garantie la partie disponible de la somme assurée. Si aucune garantie spéciale n'est ordonnée par une décision judiciaire, la valeur de la rente en capital est calculée d'après les règles applicables pour le calcul de la réserve mathématique de cette rente; si cette valeur est inférieure à la somme disponible, la rente est intégralement à la charge des assureurs : dans le cas contraire, seule est à la charge des assureurs la partie de la rente correspondant en capital à la partie disponible de la somme assurée.

Aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations.

## Subrogation / Recours après sinistre

Les assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par eux, dans les droits et actions de l'assuré contre tous responsables du sinistre.

Toutefois, ils n'ont pas de recours contre :

- les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré,
- le ou les membres composant l'entreprise assurée, ensemble ou individuellement, les directeurs, contremaîtres, employés, ouvriers, domestiques non logés ou logés gratuitement dans l'établissement,
- et, en général, toute personne dont l'assuré serait reconnu responsable, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Les assureurs peuvent renoncer à l'exercice d'un recours contre le responsable. Mais, malgré cette renonciation, ils ont la faculté, sauf convention contraire, d'exercer leur recours contre l'assureur du responsable.

Les assureurs peuvent être déchargés, en tout ou partie, de leur obligation d'indemniser l'assuré quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur des assureurs.

## Réquisition ou assistance bénévole

Si, à la suite de réquisition ou d'assistance bénévole, les moyens de secours et de protection sont déplacés temporairement hors de l'établissement assuré, les assureurs n'exciperont pas de ce fait pour appliquer la réduction proportionnelle d'indemnité. Les assureurs renoncent, par ailleurs, à exercer tout recours contre le bénéficiaire de ces secours si les matériels mis en oeuvre ont été endommagés à l'occasion de la lutte contre le sinistre. Ils renoncent également au recours auquel ils pourraient prétendre à l'encontre d'une entreprise extérieure qui, dans les mêmes circonstances, assisterait l'établissement assuré et qui, par sa faute, aggraverait les dommages.

## ARTICLE 12 - PAIEMENT DES INDEMNITÉS



### Evaluation des dommages, calcul des indemnités

**L'ASSURANCE NE PEUT ETRE UNE CAUSE DE BENEFICE POUR L'ASSURE ; ELLE NE LUI GARANTIT QUE LA REPARATION DE SES PERTES REELLES OU DE CELLES DONT IL EST RESPONSABLE.**

La somme assurée ne peut être considérée comme une preuve de l'existence et de la valeur, au jour du sinistre, des biens endommagés; l'assuré est tenu de rapporter cette preuve par tous moyens et documents et de justifier de la réalité et de l'importance du dommage.

### Calcul de l'indemnité

L'indemnité due par les assureurs est égale au montant des dommages évalués comme il est indiqué dans chaque chapitre.

Le cas échéant, le montant de l'indemnité sera réduit par l'application des dispositions suivantes :

- Plafonnement du montant des dommages à la somme fixée par la Limitation Contractuelle d'Indemnité qui peut être prévue,

- S'il y a lieu application d'une réduction proportionnelle d'indemnité et/ou d'une règle proportionnelle de capitaux,
- Puis déduction du résultat obtenu de la franchise prévue.

POUR CHAQUE ARTICLE DES CONDITIONS PARTICULIERES, L'INDEMNITE DUE NE PEUT EN AUCUN CAS EXCEDER LE CAPITAL GARANTI.

Si dans les trois mois à compter de la remise de l'état des pertes définitif l'expertise n'est pas terminée, l'assuré a le droit de faire courir les intérêts par sommation ; si elle n'est pas terminée dans les six mois, chacune des parties peut procéder judiciairement. Le paiement de l'indemnité doit être effectué dans les trente jours, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire. Ce délai ne court que du jour où l'assuré a justifié de ses qualités à recevoir l'indemnité et, en cas d'opposition, du jour de la mainlevée ou de l'autorisation de payer.

Les indemnités garanties sont payables en EUROS sauf accord préalable avec l'Assureur.

## ARTICLE 13 - DISPOSITIONS DIVERSES



### Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

### Réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, consultez d'abord votre conseiller habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pourriez adresser votre réclamation à :

**TOKIO MARINE HCC**  
**6-8, BOULEVARD HAUSSMANN - 75009 PARIS**  
**Tél. 01 53 29 30 00 - Fax 01 42 97 43 87**  
**Ou : [reclamations@tmhcc.com](mailto:reclamations@tmhcc.com)**

Enfin, si votre désaccord persistait après la réponse donnée, vous pourriez demander l'avis du médiateur dans les conditions qui vous seraient communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

### Organisme de contrôle

Conformément au Code des Assurances (article L 112-4) il est précisé que la compagnie TOKIO MARINE EUROPE S.A. est contrôlée par le Commissariat aux Assurances situé au 7, boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg, Grand Duché de Luxembourg.



TOKIO MARINE HCC - Tokio Marine HCC est le nom commercial de Tokio Marine Europe S.A., société membre du Groupe Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. est agréée par le Ministre des Finances du Luxembourg et contrôlée par le Commissariat aux Assurances (CCA). Enregistrée au Registre de commerce et des sociétés du Luxembourg sous le No. B221975, son siège social est situé au 33 rue Sainte Zithe, L2763, Luxembourg. Capital social de 1 000 000 USD. Tokio Marine Europe S.A. (succursale en France) 6-8 boulevard Haussman, 75 441 Paris Cedex 09 est enregistré au RCS de Paris sous le No B843 295 221, TVA FR 60 843 295 221, agissant en conformité avec les règles françaises du code des assurances. Conformément au Code des Assurances (article L 112-4) il est précisé que la compagnie Tokio Marine Europe est contrôlée par le Commissariat aux Assurances situé au 7, boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg, Grand Duché de Luxembourg

## 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 AMLIN INSURANCE SE N°2021MGARC001-10022  
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/

CONDITIONS 2023

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)

Contrat d'assurance collectif  
à adhésion facultative  
REGIME FRAIS DE SANTE  
A 4916.0004 à 0005 - ASPI

# Impatriés Santé

## Notice d'information



**Impatriés Santé Swiss Life**  
**Réf.4916.0004 à 0005 suivant régime**

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



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité

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

# SOMMAIRE

<b>DÉFINITIONS</b>	<b>3</b>	<b>II. LA GARANTIE SANTÉ : HOSPITALISATION, FRAIS MÉDICAUX, MATERNITÉ</b>	<b>8</b>
<b>I. LE CONTRAT</b>	<b>4</b>	ARTICLE 1 PRESTATIONS GARANTIES	8
ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	4	ARTICLE 2 TABLEAUX DES GARANTIES SANTE	9
ARTICLE 2 CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE	4	ARTICLE 3 LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES	11
ARTICLE 3 ADHESION / INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES	4	ARTICLE 4 ENGAGEMENT MAXIMUM	11
ARTICLE 4 ADMISSION A L'ASSURANCE	4	ARTICLE 5 ETENDUE TERRITORIALE	11
ARTICLE 5 PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	5	ARTICLE 6 DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE	11
ARTICLE 6 MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE	5	ARTICLE 7 PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE	12
ARTICLE 7 CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES	6	ARTICLE 8 DELAIS D'ATTENTE	12
ARTICLE 8 CALCUL DE VOTRE COTISATION	6	ARTICLE 9 REGLEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 9 PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	6	ARTICLE 10 LES RISQUES EXCLUS	13
ARTICLE 10 DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS	6	<b>ANNEXE</b>	<b>14</b>
ARTICLE 11 RENONCIATION A L'ADHESION	7	LA TÉLÉCONSULTATION	14
ARTICLE 12 PRESCRIPTION LEGALE	7		
ARTICLE 13 EXAMEN DES RECLAMATIONS - MEDIATION	8		
ARTICLE 14 PROTECTION DES DONNES PERSONNELLES	8		

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

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

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

il a été souscrit auprès de :

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

Autorité chargée du contrôle des assurances :

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



# DÉFINITIONS



## Accident :

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

## Vous/Adhérent :

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

## Assuré :

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

## Association :

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

## Certificat d'adhésion :

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

## C.F.E. :

Caisse des Français de l'Étranger.

## Conjoint :

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

## Cotisations :

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

## Contrat :

C'est le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative A4916, souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI ») et régi par la loi française et par les Conditions générales et particulières.

## Délai d'attente :

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

## Délégué :

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

## Enfants à charge :

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

## Entente Préalable :

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

## Etablissement de Santé Eligible :

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

## Forfait journalier hospitalier :

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

## Frais inhabituels ou déraisonnables :

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

## Franchise annuelle :

somme annuelle qui demeure à votre charge.

## Hospitalisation :

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

## Impatrié :

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

## Maladie :

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

## Maladie Inopinée :

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

## Maternité :

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

## PACS :

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

## Pays d'expatriation :

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

**Période de couverture :**

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

**Prise en charge directe hospitalière :**

après accord préalable de l'assureur, l'adhérent (ou un ayant droit) hospitalisé pour un délai minimum de 24H peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais d'hospitalisation suivant les conditions précisées dans l'article 7 « Prise en charge directe hospitalière ».

**Questionnaire médical :**

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

**Rééducation :**

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

**Téléconsultation :**

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

Se reporter à l'annexe « Téléconsultation ».

**Zone géographique de garantie :**

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

# I. LE CONTRAT SANTÉ

**ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT**

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

**ARTICLE 2 - CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE**

Les garanties Santé s'exercent dans la limite du niveau de garantie que vous avez choisi parmi l'une des six Formules ci-dessous. Le niveau de prestation des garanties est croissant selon la Formule choisie. Ce choix est applicable à Vous et à vos Ayants droit.

- **Formule BASIC** : elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans la Zone A, B ou C ;
- **Formule PREMIUM ACCESS** : elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans la Zone A, B ou C ;
- **Formule PREMIUM** : elle ne peut être choisie que si vous êtes expatriés dans la Zone A, B ou C ;
- **Formule CONFORT ACCESS** ;
- **Formule CONFORT** ;
- **Formule SUMMUM**.

De plus, vous pouvez choisir une **Franchise annuelle** applicable au montant de vos remboursements. Cette franchise s'applique par année civile.

**Franchise 150 :**

Cette franchise s'applique à hauteur de 150€ en souscription individuelle, 300€ en souscription couple, 450€ en souscription famille.

**Franchise 300 :**

Cette franchise s'applique à hauteur de 300€ en souscription individuelle, 600€ en souscription couple, 900€ en souscription famille.

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

**ARTICLE 3 - ADHESION/INSCRIPTION AU CONTRAT - PERSONNES GARANTIES****Vous, Adhérent**

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

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

**Vos Ayants droit**

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

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

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

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

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

## ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE

**4.1** A la mise en place de l'adhésion, vous devez transmettre au Délégué :

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

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

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

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

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

En fonction des résultats de la sélection médicale, le Délégué se réserve la possibilité :

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

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

### 5.1 Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit

#### Vous, Adhérent

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

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

#### Vos Ayants droit

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

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

Vos enfants qui naîtraient postérieurement à votre adhésion au Contrat sont réputés admis, sans formalités médicales, sous réserve que leur naissance soit déclarée au

Délégué dans le mois suivant leur date de naissance. Dans ce cas, leur inscription prendra effet au jour de leur naissance. Si ce délai d'un mois est dépassé, leur inscription prendra effet au plus tôt le lendemain de la réception par le Délégué de la déclaration de leur naissance.

**Votre adhésion et l'inscription de vos Ayants droit prennent effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.**

**Toutefois, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au Contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Délégué au moins deux mois avant la date d'échéance. De plus, en cours d'adhésion, si vous devez être affilié à un régime obligatoire dans votre Pays d'expatriation, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au Contrat par l'envoi au Délégué d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.**

### 5.2 Les garanties que vous avez choisies

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

## ARTICLE 6 - MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DE VOTRE GARANTIE

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

**6.2** Vous choisissez le niveau de garantie au jour de votre adhésion, pour Vous et vos Ayants droit. Toutefois, il vous est possible de modifier le niveau de garantie antérieurement choisi selon les hypothèses définies au paragraphe 6.3 ci-dessous. Vous devez en prévenir le Délégué **par écrit**.

Le nouveau niveau de garantie et sa tarification seront applicables le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la lettre mentionnant expressément l'accord du Délégué de souscrire le nouveau niveau de garantie souhaité.

### 6.3 Les hypothèses de modification du niveau de garantie

Vous pouvez modifier le niveau de garantie antérieurement choisi :

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

#### 6.3.1 En cas d'augmentation du niveau de garantie

Vous devez remplir un nouveau bulletin d'adhésion et fournir un nouveau Questionnaire médical pour Vous et pour vos Ayants droit. Le Délégué se réserve la possibilité de refuser cette hausse de garantie.

Les Délais d'attente (article 8-II) sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet du nouveau niveau de garantie.

### 6.3.2 En cas de diminution du niveau de garantie

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

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

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

## ARTICLE 7 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

### Pour Vous, Adhérent

Votre adhésion et vos garanties cessent :

- au 31 décembre en cas de résiliation de votre contrat par la compagnie ;
- au 31 décembre, si vous résiliez votre contrat lors du renouvellement annuel (art 5.1-1) ;
- au jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine ;
- en cas de non-paiement de votre cotisation (article 9.1-I) en application de l'article L.141-3 du Code des assurances. Toute cotisation payée pour l'exercice en cours est acquise et non remboursable ;
- au jour de la réception par le Délégué d'une lettre indiquant que vous souhaitez résilier votre adhésion dans le cadre de votre droit de renonciation (article 11-I) ;
- à la date de votre décès ;
- dès que vous ne respectez plus une des conditions d'adhésion au Contrat (article 3-I) ;
- les garanties de la Formule SUMMUM cessent au premier renouvellement après votre 70<sup>ème</sup> anniversaire ou celui de l'un de vos Ayants droit ;
- au jour de votre affiliation à un régime obligatoire du Pays d'expatriation (article 5-1) ou à une mutuelle professionnelle obligatoire. La demande doit être adressée au délégué accompagnée d'un justificatif de ce régime.

### Pour vos Ayants droit

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

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

## ARTICLE 8 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

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

**8.2** Les conditions tarifaires sont établies en fonction du niveau de garantie choisi (Formule BASIC, PREMIUM ACCESS, PREMIUM, CONFORT ACCESS, CONFORT, ou SUMMUM), du type de garantie (en complément des prestations versées par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française, ou au 1<sup>er</sup> Euro), de la Zone géographique de garantie (Zone A, B, C ou D) applicable, de votre tranche d'âge, de votre situation familiale (individuel ou famille) et de l'application d'une surprime, le cas échéant, suite à la sélection médicale.

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

**L'Assureur se réserve le droit d'adapter le montant de votre cotisation le 1er avril de chaque année en fonction de l'évolution du coût médical des dépenses de santé de chaque pays, de la modification de la législation locale et des résultats techniques du Contrat souscrit auprès de l'Assureur.**

En cas de modification de tarif, le nouveau montant de votre cotisation vous sera communiqué avec un préavis de UN MOIS et sera applicable à la prochaine échéance de cotisation soit au 1er janvier de l'année N+1 en cas de paiement annuel des cotisations, au 1er juillet de l'année n en cas de paiement semestriel des cotisations, et au 1er avril de l'année n en cas de paiement trimestriel des cotisations.

## ARTICLE 9 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

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

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

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

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

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

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

## ARTICLE 10 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

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

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

- l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion ou de l'inscription moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion ou de l'inscription au Contrat 10 jours après la notification adressée par le Délégué par lettre recommandée ;
- l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Assuré après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.

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

## ARTICLE 11 - RENONCIATION A L'ADHESION

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

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

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

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom(s) de l'Adhérent*), demeurant à (*domicile principal*), déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Assur Travel Santé** n° A 4916 (*complété de votre numéro d'adhésion*), que j'ai signée le (*JJ/MM/AAAA*). (*Si des cotisations ont été perçues*) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, dans les conditions prévues par l'article L. 112-9 du Code des assurances, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.  
A....., Le..... Signature de l'Adhérent

**Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances :**

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Néanmoins, dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le Délégué procédera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due au Délégué si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

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

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont vous êtes redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

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

Si des cotisations ont été perçues, le Délégué les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

## ARTICLE 12 - PRESCRIPTION LEGALE

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

### Délai de prescription

#### Article L.114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Causes d'interruption de la prescription

#### Article L.114-2 du Code des assurances

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

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### Article L.114-3 du Code des assurances

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

### Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

### Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

#### Article 2240 du Code civil

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

### Demande en justice

#### Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### Article 2242 du Code civil

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

#### Article 2243 du Code civil

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

### Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

#### Article 2244 du Code civil

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

### Etendue de la prescription quant aux personnes

#### Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### Article 2246 du Code civil

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

## ARTICLE 13 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

### Premier contact : votre interlocuteur habituel

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

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

### Deuxième contact : le service réclamations

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

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

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

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

## ARTICLE 14 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Les données collectées sont utilisées par Swiss Life et par ASSUR TRAVEL :

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

Les données relatives aux Assurés sont également transmises aux mandataires, partenaires, sous-traitants et réassureurs ou organismes habilités des responsables de traitement pour les besoins de ces opérations.

Les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès ou de choisir d'en limiter l'usage. Si l'Assuré a consenti de manière expresse à certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son contrat.

L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime.

L'Assuré également s'opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des responsables de traitement pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Assuré peut s'adresser au délégué à la protection des données d'ASSUR TRAVEL pour exercer ses droits par email : [dpo@assur-travel.fr](mailto:dpo@assur-travel.fr) ou par courrier à ASSUR TRAVEL à l'attention du DPO, 99 rue Parmentier - Zone Actiburo - 59650 Villeneuve d'Ascq.

Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil.

L'Assuré peut également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr).

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

La politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Pour plus d'informations : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees>. Nous pourrions l'expédier gratuitement à la demande de l'assuré à l'adresse indiquée dans ce contrat.

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



## ARTICLE 1 - PRESTATIONS GARANTIES

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

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

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

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

### 1.4 Cumul d'assurances

**Les prestations garanties par le Contrat viennent en complément des prestations de même nature qui pourraient être versées tant par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française, que par toute autre couverture complémentaire dont vous ou vos Ayants droit pourriez bénéficier, sans qu'aucun d'entre vous ne puisse percevoir au total un montant supérieur à celui des frais réellement engagés.**

**Vous devez avertir le Délégué, le cas échéant, que Vous et/ou vos Ayants droit êtes assuré(s) auprès d'un ou de plusieurs autre(s) assureur(s) pour un même intérêt, contre un même risque, que ceux garantis par le Contrat « Assur Travel Santé ».**

# 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 Sécurité sociale française ou interviennent dès le 1er Euro de frais engagés, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	PREMIUM	CONFORT ACCESS	CONFORT	SUMMUM
Limite maximum par Assuré et par année civile	750 000 €	750 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €	2 500 000 €
<b>HOSPITALISATION (en % des frais réels)</b>						
Hospitalisation médicale ou chirurgicale <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation de jour <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation psychiatrique (limité à 30 jours/an) <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Examens, analyses et pharmacie <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière <sup>(1)(3)</sup>	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	120 € / jour	120 € / jour	180 € / jour
Lit d'accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (limité à 30 jours/an) <sup>(1)(3)</sup>	30 € /jour	30 € /jour	30 € /jour	45 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Forfait journalier <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations externes liées à une Hospitalisation / chirurgie ambulatoire de jour <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Rééducation immédiate suite à une Hospitalisation (limité à 30 jours/an) <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un Accident <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Greffe d'organe <sup>(1)(3)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport en ambulance terrestre <sup>(1)</sup>	90%	90%	90%	100%	100%	100%
<b>MATERNITÉ (en % des frais réels)</b>						
Maternité <sup>(1)(3)</sup> - Frais d'accouchement et séances pré et post accouchement - Test de dépistage du VIH - Diagnostic des anomalies chromosomiques	non garanti	non garanti	100% (max. 2500 €/an)	non garanti	100% max. 5000 €/an (3000 €/an en Zone A + France)	100% max. 7500 €/an (4000 €/an en Zone A + France)
Accouchement chirurgical <sup>(1)(3)</sup>	non garanti	non garanti	100% (max. 5000 €/an)	non garanti	100% max. 10000 €/an (6000 €/an en Zone A + France)	100% max. 15000 €/an (6000 €/an en Zone A + France)
FIV - Stérilité (pharmacie, fécondation in vitro, analyses, examen de suivi) <sup>(1)</sup> pour les femmes avant 45 ans	non garanti	non garanti	non garanti	non garanti	100% (max. 1000 €/an et max. 3 FIV/durée de l'adhésion)	100% (max. 1500 €/an et max. 3 FIV/durée de l'adhésion)
Transport en ambulance terrestre si Hospitalisation <sup>(1)</sup>	non garanti	non garanti	90%	non garanti	100%	100%

(1) Demande d'entente préalable obligatoire

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


(3) Prise en charge directe possible

# 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 Sécurité sociale française ou interviennent dès le 1er Euro de frais engagés, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	BASIC	PREMIUM ACCESS	PREMIUM	CONFORT ACCESS	CONFORT	SUMMUM
Limite maximum par Assuré et par année civile	750 000 €	750 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €	2 500 000 €
<b>MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE (en % des frais réels)</b>						
Consultation généraliste	non garanti	90% (max. 40 €/consultation)	90% (max. 40 €/consultation)	100% (max. 100 €/consultation)	100% (max. 100 €/consultation)	100% (max. 150 €/consultation)
Consultation spécialiste	non garanti	90% (max. 60 €/consultation)	90% (max. 60 €/consultation)	100% (max. 130 €/consultation)	100% (max. 130 €/consultation)	100% (max. 170 €/consultation)
Actes d'auxiliaires médicaux	non garanti	80% (max. 40 €/acte)	80% (max. 40 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 80 €/acte)	100% (max. 120 €/acte)
Téléconsultation  <small>à vos côtés, où que vous soyez</small>	non garanti	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Actes techniques médicaux (hors établissement hospitalier) <sup>(2)</sup>	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Actes d'analyses médicales <sup>(2)</sup>	non garanti	80%	80%	90%	90%	100%
Actes de radiologie (y compris IRM) <sup>(2)</sup>	non garanti	80%	80%	100%	100%	100%
Frais pharmaceutiques et vaccins	non garanti	90%	90%	100%	100%	100%
Médecines douces : chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, et médecine traditionnelle chinoise (limitée à la Chine, la Thaïlande, Hong Kong, Singapour et le Vietnam)	non garanti	80% (max. 30 €/acte et 240€/an)	80% (max. 30 €/acte et 240€/an)	100% (max. 70 €/acte et 1000€/an)	100% (max. 70 €/acte et 1000€/an)	100% (max. 100 €/acte et 1600€/an)
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)	non garanti	non garanti	non garanti	100% (max. 300€/an)	100% (max. 300€/an)	100% (max. 400€/an)
<b>PROTHÈSES MÉDICALES (en % des frais réels)</b>						
Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 600€/an	100% dans la limite de 1000 €/an
<b>OPTIQUE (en % des frais réels)</b>						
Verres et monture	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 500€/an	100% dans la limite de 700€/an
Lentilles	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 100€/an	non garanti	100% dans la limite de 260€/an	100% dans la limite de 300€/an
Chirurgie réfractive de l'œil	non garanti	non garanti	90% dans la limite de 300€/an	non garanti	100% dans la limite de 500€/an	100% dans la limite de 700€/an
<b>DENTAIRE (en % des frais réels)</b>						
Limite poste Dentaire par Assuré et par an	-	-	1000€/an (500€ la 1ère année)	-	2000€/an (1000€ la 1ère année)	3000€/an (1500€ la 1ère année)
Soins dentaires	non garanti	non garanti	90%	non garanti	100%	100%
Prothèses dentaires (y compris inlays onlays)	non garanti	non garanti	90% (max. 200€/dent)	non garanti	100% (max. 400€/dent)	100% (max. 600€/dent)
Orthodontie (enfants de moins de 16 ans, 3 ans maximum pour toute la durée de l'adhésion)	non garanti	non garanti	90% (max. 600€/an)	non garanti	100% (max. 1000€/an)	100% (max. 1200€/an)

(1) Demande d'entente préalable obligatoire

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

(3) Prise en charge directe possible

## ARTICLE 3 - LIMITATIONS DES FRAIS REMBOURSABLES

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

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

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

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

## ARTICLE 4 - ENGAGEMENT MAXIMUM

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

- 750.000 € pour la formule BASIC ;
- 750 000 € pour la Formule PREMIUM ACCESS ;
- 1 500 000 € pour la Formule PREMIUM ;
- 1 500 000 € pour la formule CONFORT ACCESS ;
- 2 000 000 € pour la Formule CONFORT ;
- 2 500 000 € pour la SUMMUM.

## ARTICLE 5 - ETENDUE TERRITORIALE

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

**Pays d'expatriation exclus : USA, SUISSE**

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

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

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

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

## ARTICLE 6 - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

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

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

### Hospitalisation

- tous les frais relevant de cette garantie.

**En cas d'urgence (Accident ou Maladie inopinée),** la demande d'entente préalable doit être adressée au Délégué dans les 5 jours qui suivent l'entrée à l'Etablissement de Santé Eligible (hôpital ou clinique), avec mention du caractère urgent de l'Hospitalisation.

Exceptionnellement, ce délai pourra être prolongé si le Délégué atteste que la situation manifestement urgente dans laquelle vous étiez rendait impossible d'effectuer une demande d'entente préalable dans les délais impartis.

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

### Maternité

- les frais relatifs à l'accouchement ;
- les frais relatifs à l'accouchement chirurgical ;
- les frais relatifs à une fécondation in vitro.

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

### Frais médicaux courants

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

**6.3 En cas de non-respect de la procédure d'entente préalable, le remboursement des prestations vous sera refusé. Les prestations remboursables qui ont fait l'objet d'un refus par le Délégué restent à votre charge exclusive.**

## ARTICLE 7 - PRISE EN CHARGE DIRECTE HOSPITALIERE

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

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

### H Hospitalisation

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

### M Maternité

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

## ARTICLE 8 - DELAIS D'ATTENTE

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

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

**8.2 Ces Délais d'attente sont applicables :**

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

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

## ARTICLE 9 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

- La **prescription médicale** ;
- La **facture détaillée et acquittée**, ainsi que les **notes d'honoraires** de tout praticien et de tout Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **décomptes des prestations** de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française lorsque la garantie est souscrite en complément des prestations versées par l'un de ces organismes ;
- Pour les **soins effectués en France** : la **feuille CERFA** remplie par le praticien, la pharmacie ou l'Etablissement de Santé Eligible ;
- Les **reçus délivrés par les pharmacies** avec la prescription relative ;
- L'**accord du Délégué** pour les soins soumis à une demande d'entente préalable (article 6-II) ;
- Si les frais ont été engagés hors de la Zone géographique de garantie qui vous est applicable : la preuve que les frais engagés sont bien des prestations garanties.

Pour les factures de soins, un scan ou une photographie des factures de soins et des prescriptions sont acceptés.

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

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

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

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



## ARTICLE 10 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les risques suivants :

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




# VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION AVEC **médecinDirect** à vos côtés, où que vous soyez


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


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

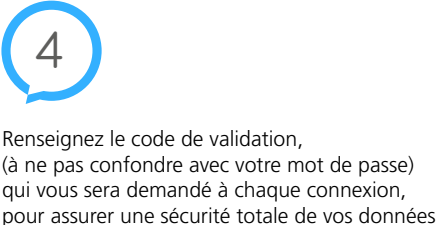
## COMMENT ÇA MARCHE ?


Pour bénéficier de la téléconsultation médicale MédecinDirect :


- 

Rendez-vous sur le site [www.medicindirect.fr](http://www.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](mailto:contact@assur-travel.fr)

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

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité

**ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - [www.orias.fr](http://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 AMLIN INSURANCE SE N°2021MGARC001-10022  
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](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org) ou à partir du site : <https://www.mediation-assurance.org/>

CONDITIONS 2023

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)

Contrat d'assurance collectif  
à adhésion facultative  
REGIME DE PREVOYANCE  
N° A 4916.0006 - ASPI

# Les Garanties Prévoyance des Expatriés

## Notice d'information



**Expatriés Prévoyance SwissLife**  
**Réf. A4916.0006**

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

# Les Garanties Prévoyance des Impatriés

A4916.0006

## SOMMAIRE

<b>DEFINITIONS</b>	<b>3</b>	<b>III. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE</b>	<b>9</b>
<b>I. LE CONTRAT</b>	<b>4</b>	ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	4	ARTICLE 2 DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE	9
ARTICLE 2 CONDITIONS D'ADHESION DU CONTRAT	4	ARTICLE 3 CESSATION DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 3 ADMISSION A L'ASSURANCE	4	ARTICLE 4 LES RISQUES EXCLUS	9
ARTICLE 4 PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	4	<b>IV. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL INVALIDITE PERMANENTE</b>	<b>10</b>
ARTICLE 5 CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES	4	ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 6 CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES	5	ARTICLE 2 MONTANT DES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7 CALCUL DE VOTRE COTISATION	5	ARTICLE 3 REVALORISATION	11
ARTICLE 8 PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	5	ARTICLE 4 DECLARATION DU SINISTRE	11
ARTICLE 9 DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS	5	ARTICLE 5 CONTROLE - EXPERTISE	11
ARTICLE 10 RENONCIATION A L'ADHESION	6	ARTICLE 6 PAIEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 11 PRESCRIPTION LEGALE	6	ARTICLE 7 REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE	12
ARTICLE 12 EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION	7	ARTICLE 8 CESSATION DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 13 DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION	7	ARTICLE 9 LES RISQUES EXCLUS	12
<b>II. DECES TOUTES CAUSES</b>	<b>7</b>	<b>V. EXONERATION</b>	<b>13</b>
ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	7	ARTICLE 1 DEFINITION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 2 LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	7	ARTICLE 2 REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE	13
ARTICLE 3 DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE	7	ARTICLE 3 CESSATION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 4 CESSATION DE LA GARANTIE	8		
ARTICLE 5 LES RISQUES EXCLUS	8		

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

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

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

l'Association

il a été souscrit auprès de :

**SwissLife Prévoyance et Santé**

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

l'Assureur

et

**SwissLife Assurance et Patrimoine**

Siège social : 7 rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret - FRANCE

Autorité chargée du contrôle des assurances :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**  
(A.C.P.R.)

4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 - FRANCE





# DÉFINITIONS

## Accident :

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

## Vous/Adhérent :

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

## Assuré :

personne physique mentionnée sur le Certificat d'adhésion pour laquelle une cotisation est réglée par l'Adhérent et sur laquelle repose le risque. Il s'agit de l'Adhérent.

## Association :

« Association Santé Prévoyance Internationale » (ASPI) est l'association (relevant de la loi de 1901) ayant souscrit le Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative qui offre la possibilité à ses Adhérents de bénéficier des garanties du Contrat.

## Bénéficiaire :

le Bénéficiaire du capital Décès est celui que vous avez désigné dans la Clause bénéficiaire ou à défaut, dans la clause type figurant dans votre bulletin d'adhésion.

## C.F.E. :

Caisse des Français de l'Étranger.

## Certificat d'adhésion :

ce document précise les garanties qui vous sont accordées par le Délégué, ainsi que les données vous concernant.

## Contrat :

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

## Délégué :

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

## Expatrié :

Vous, Adhérent de l'Association qui résidez hors de votre pays de nationalité (hors déplacements privés ou professionnels de moins de 90 jours consécutifs dans un autre pays que celui d'expatriation).

## Franchise :

période ininterrompue d'arrêt de travail à l'issue de laquelle l'Assureur vous verse une indemnité journalière.

## I.T.T. :

Incapacité Temporaire Totale de Travail

## PACS :

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

## Pays d'expatriation :

pays dans lequel vous résidez conformément à la définition d'Expatrié. Votre pays de nationalité ne peut coïncider avec votre Pays d'expatriation.

## PTIA :

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## Questionnaire médical :

document retraçant vos antécédents médicaux pour permettre au Médecin conseil du Délégué d'évaluer le risque en matière de santé que vous représentez. Il doit dater de moins de 60 jours à la date de votre adhésion.

## Risques pouvant être couverts :

il s'agit des risques Décès toutes causes, PTIA, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente.

## Salaire de base :

il correspond à votre rémunération globale brute annuelle.





# I. LE CONTRAT

## ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le Contrat « **Assur Travel Prévoyance** » a pour objet de vous garantir la couverture des risques Décès toutes causes, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) et Invalidité Permanente, dans la limite du niveau de garantie que vous avez choisi.

Ces prestations sont versées, dans les limites définies par la présente notice d'information, en complément des prestations de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française ou, si ce n'est pas le cas, au premier Euro.

## ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

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

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

Et en plus, pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente (partie IV) :

- être salarié.

## ARTICLE 3 - ADMISSION A L'ASSURANCE

**3.1** A la mise en place de votre adhésion, vous devez transmettre au Délégué :

- le **bulletin d'adhésion** rempli et signé par vos soins ;
- le **Questionnaire médical** datant de moins d'un mois avant la date d'effet souhaitée, rempli et signé par vos soins. Il doit être transmis sous pli confidentiel au Médecin conseil du Délégué ;
- le **certificat d'affiliation à la C.F.E. ou à la Sécurité sociale française** lorsque la garantie est souscrite en complément de l'un de ces organismes.

Le Délégué peut vous demander la transmission de tout complément d'information qu'il jugerait utile pour l'étude de votre dossier et pour l'appréciation du risque.

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

**3.2** Vous êtes tenu d'aviser le Délégué, par écrit, de tout changement d'adresse, de Pays d'expatriation et/ou de statut. **Les déclarations et communications formulées durant votre adhésion n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit au Délégué.**

**3.3** Après étude de votre **Dossier d'adhésion**, le Délégué vous notifiera son acceptation par l'émission d'un **Certificat d'adhésion** mentionnant la date d'effet de votre adhésion et des garanties, vos nom et prénom(s), le niveau de garantie choisi, la Franchise choisie le cas échéant, votre Pays d'expatriation, l'affiliation auprès de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française le cas échéant, ainsi que le montant de votre cotisation.

En fonction des résultats de la **sélection médicale**, le Délégué se réserve la possibilité :

- d'appliquer le cas échéant une surprime au montant de votre cotisation ;
- de refuser votre adhésion. Dans ce cas, le Délégué vous notifiera son refus par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois de la réception du Dossier d'adhésion.

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

### 4.1 Votre adhésion

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

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

**Votre adhésion prend effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.**

**Toutefois, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au Contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Délégué, au moins deux mois avant la date d'échéance. De plus, en cours d'adhésion, si vous devez être affilié à un régime obligatoire dans votre Pays d'expatriation, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au Contrat par l'envoi au Délégué d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.**

### 4.2 Les garanties que vous avez choisies

Les garanties du Contrat que vous avez choisies prennent effet à la date de votre adhésion (paragraphe 4.1 ci-dessus). **L'Assureur versera les prestations garanties uniquement à la suite du Décès, de la PTIA, de l'I.T.T. ou de l'Invalidité Permanente intervenu à partir de la date de prise d'effet des garanties et pour la durée de la période de couverture du Contrat.**

## ARTICLE 5 - CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES

**5.1** Vous choisissez dans votre bulletin d'adhésion le montant du capital Décès souhaité, conformément aux dispositions de la partie II.

En complément du capital Décès choisi, vous pouvez opter pour une garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente. Vous choisissez dans votre bulletin d'adhésion la Franchise et le montant de l'indemnité journalière conformément aux dispositions de la partie IV.

**5.2** Vous pouvez changer le niveau de garantie antérieurement choisi à chaque renouvellement annuel de votre adhésion sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- avoir adhéré au Contrat « Assur Travel Prévoyance » pendant au moins un an ;
- respecter les modalités de choix définies par le Contrat ;
- accomplir à nouveau les formalités médicales s'il s'agit d'une augmentation du niveau de garantie.

Pour changer votre niveau de garantie, vous devez en faire la demande par l'envoi d'un nouveau bulletin d'adhésion au Délégué au moins deux mois avant le renouvellement annuel de votre adhésion.

La tarification du nouveau niveau de garantie vous est applicable au renouvellement de votre adhésion, sous réserve le cas échéant, de l'acceptation médicale de votre demande.

## ARTICLE 6 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

### Votre adhésion et vos garanties cessent :

- à la prochaine échéance de cotisation en cas de résiliation du Contrat ;
- en cas de résiliation de votre adhésion lors du renouvellement annuel (article 4.1-I) ;
- au jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine ;
- en cas de non-paiement de votre cotisation (article 8-I) ;
- au jour de la réception par le Délégué d'une lettre indiquant que vous souhaitez résilier votre adhésion dans le cadre de votre droit de renonciation (article 10-I) ;
- à la date de votre décès ;
- lorsque l'Assureur vous a versé le capital prévu en cas de Décès toutes causes, par avance, en cas de PTIA ;
- dès que vous ne respectez plus une des conditions d'adhésion au Contrat (article 2-I) ;
- lorsque vous liquidez la pension dans un régime d'assurance vieillesse et au plus tard lorsque vous avez atteint l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la sécurité sociale ;
- en cas d'affiliation à un régime obligatoire du Pays d'expatriation (article 4.1-I).

## ARTICLE 7 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

**7.1** Si vous adhérez temporairement, ou en cas de départ intervenu en cours d'année, le montant de votre cotisation sera ajusté prorata temporis et la cotisation relative à votre dernier mois d'adhésion est due pour le mois entier. Toutefois, en cas de cessation de l'adhésion et des garanties due à au retour définitif dans votre pays d'origine, la cotisation relative à la dernière échéance est due uniquement jusqu'au jour du retour définitif dans votre pays d'origine.

**7.2** Les conditions tarifaires sont établies en fonction :

- du niveau de garantie que vous avez choisi ;
- de votre tranche d'âge ;
- de la Franchise lorsque vous choisissez l'option indemnités journalières en cas d'I.T.T. - Invalidité Permanente ;
- de l'application d'une surprime, le cas échéant, suite à la sélection médicale.

**7.3** L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation est le vôtre au jour de l'appel de la cotisation.

**Le Délégué se réserve le droit d'adapter le montant de votre cotisation le 1er avril de chaque année en fonction de la modification de la législation et de l'ensemble des résultats techniques du Contrat souscrit auprès de l'Assureur.**

En cas de modification, le nouveau montant de votre cotisation vous sera applicable à la prochaine échéance de cotisation.

## ARTICLE 8 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

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

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

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

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

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

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

## ARTICLE 9 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

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

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

- l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de votre part avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion au Contrat 10 jours après la notification adressée par le Délégué par lettre recommandée ;
- l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de votre part après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.

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

## ARTICLE 10 - RENONCIATION A L'ADHESION

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

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

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

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom(s) de l'Adhérent*), demeurant à (*domicile principal*), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat Assur Travel Prévoyance n° A 4916 0006 (*complété de votre numéro d'adhésion*), que j'ai signée le (*JJ/MM/AAAA*).  
(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, dans les conditions prévues par l'article L. 112-9 du Code des assurances, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.  
(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A ....., Le..... Signature de l'Adhérent

### Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances :

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Néanmoins, dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le Délégué procédera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due au Délégué si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

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

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont vous êtes redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

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

Si des cotisations ont été perçues, le Délégué les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

## ARTICLE 11 - PRESCRIPTION LEGALE

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

### Délai de prescription

#### Article L.114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Causes d'interruption de la prescription

#### Article L.114-2 du Code des assurances

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

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### Article L.114-3 du Code des assurances

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

### Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

### Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

#### Article 2240 du Code civil

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

### Demande en justice

#### Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### Article 2242 du Code civil

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

#### Article 2243 du Code civil

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

### Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

#### Article 2244 du Code civil

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

## Etendue de la prescription quant aux personnes

### Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

### Article 2246 du Code civil

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

## ARTICLE 12 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

### Premier contact : votre interlocuteur habituel

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

### Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du service réclamations : Service Réclamations des Assurances Collectives : SwissLife Prévoyance et Santé, Direction des Assurances Collectives, Service Réclamations, 7 rue Belgrand 92682 LEVALLOIS CEDEX.

### En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées.

Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à la réclamation.

## Après épuisement des procédures internes :

### la Médiation de l'assurance

L'association La Médiation de l'Assurance peut être saisie, après épuisement des procédures internes, en cas de refus partiel ou total de faire droit à la réclamation. Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour les litiges entre l'Assureur et le tiers bénéficiaires d'une garantie ou d'une prestation d'assurance. Il ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Le recours au Médiateur doit être adressé à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

## ARTICLE 13 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06.01.1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de votre dossier par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Vous devez adresser vos demandes à la **Direction Marketing de Swiss Life 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59 671 Roubaix Cedex 01 FRANCE**. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez les libeller à l'attention du **Médecin conseil 7 rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret FRANCE**.

# II. DÉCÈS TOUTES CAUSES



## ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Décès toutes causes a pour objet de verser au(x) Bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), lors de votre décès, le capital Décès que vous avez choisi.

Vous choisissez le montant du capital Décès par tranche de 30 000 € :

- dans la limite de 90 000 € si vous n'êtes pas salarié ;
- dans la limite de 300% de votre Salaire annuel brut, avec un maximum de 300 000 €, si vous êtes salarié.

Le montant du capital choisi est indiqué sur votre Certificat d'adhésion.

## ARTICLE 2 - LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

**2.1** Vous désignez le(s) Bénéficiaire(s) dans votre bulletin d'adhésion, par acte sous seing privé ou par acte authentique conformément à l'article L. 132-9 II du Code des assurances. Cette désignation peut être modifiée à tout moment, tant que le(s) Bénéficiaire(s) n'a/n'ont pas accepté le bénéfice du capital dans les conditions de l'article susvisé.

Dans tous les cas, vous devez envoyer au Délégué une lettre recommandée datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation. **Toute désignation ou changement de désignation non portée à la connaissance de l'Assureur ou de son Délégué est inopposable à l'Assureur.**

**2.2** A défaut de désignation d'un Bénéficiaire, ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéfice du capital est attribué, par ordre de préférence :

- à votre conjoint non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, à vos père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à vos héritiers.

**2.3** Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du/des Bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque Bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom et prénom(s), date et lieu de naissance. En cas de pluralité de Bénéficiaires, vous devez également veiller à répartir le pourcentage de capital entre les différents Bénéficiaires.

L'ouverture du droit des Bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour de votre décès.

## ARTICLE 3 - DECLARATION DU SINISTRE ET VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE

### 3.1 Déclaration du sinistre

**Votre décès doit être déclaré à l'Assureur, par le(s) Bénéficiaire(s), le représentant légal le cas échéant ou par le Souscripteur dès qu'il en a connaissance.**

### 3.2 Pièces justificatives

Dans tous les cas les pièces justificatives, traduites et validées par les services consulaires à remettre à l'Assureur pour le versement de la prestation sont :

- l'extrait du registre des actes de décès ;
- un certificat médical indiquant la cause du décès, à défaut l'indication de cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance des ayants droit ;
- le livret de famille à jour comportant la mention de votre décès et les mentions marginales habituelles ;
- l'extrait d'acte de naissance du Bénéficiaire ;
- la copie recto verso de la carte nationale d'identité ou du passeport du Bénéficiaire en cours de validité ;
- l'attestation de salaire du ou des employeur(s) reprenant les éléments de salaire des douze derniers mois soumis à cotisation séparant d'une part le salaire brut et d'autre part les Gratifications ;
- l'acte de notoriété le cas échéant ;
- l'attestation sur l'honneur de non séparation de corps du conjoint ou la convention de PACS enregistrée au Greffe du Tribunal d'Instance du domicile commun du partenaire s'il est bénéficiaire ;
- les justificatifs de vos Enfants à charge lorsque le montant de la prestation dépend de votre situation familiale au jour de votre décès.

Et en plus en cas de Décès accidentel uniquement :

- un certificat médical du médecin ayant constaté votre décès, précisant qu'il s'agit d'un Décès accidentel ne résultant pas d'un risque exclu ( article 5 du Titre III) ;
- le cas échéant tous documents précisant la cause et les circonstances de l'Accident ayant entraîné votre Décès accidentel (coupure de journaux, rapport de police, procès-verbal de gendarmerie).

### 3.3 Complément d'information

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire et de vérifier que votre décès ne résulte pas d'un risque exclu.

### 3.4 Versement du capital.

#### 3.4.1 Revalorisation du capital

Le capital prévu en application des conditions particulières est revalorisé suivant les dispositions de l'article R.132-3-1 du Code des assurances jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat, mentionnées ci-avant, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L132-27-2 du Code des assurances.

#### 3.4.2 Délai de versement

Le versement de la prestation par l'Assureur est effectué en Euro (€) au(x) Bénéficiaire(s) dans les trente jours suivant la date de réception des pièces justificatives.

## ARTICLE 4 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie Décès toutes causes prend fin quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.

## ARTICLE 5 - LES RISQUES EXCLUS

La garantie Décès toutes causes ne s'applique pas pour l'un des motifs suivants :

- **Le suicide de l'Assuré** : aucune prestation d'assurance n'est exigible si l'Assuré se donne volontairement la mort, consciemment ou inconsciemment, au cours de la première année d'assurance acquise dans le Contrat et, éventuellement dans le précédent régime d'assurance Décès comportant des garanties similaires à celles choisies par l'assuré. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation ;
- **Le décès de l'Adhèrent occasionné par le(s) Bénéficiaire(s)** : la garantie cesse de produire ses effets à l'égard du/des Bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) a/ont volontairement donné ou provoqué la mort de l'Adhèrent. Le capital garanti est alors reporté sur le Bénéficiaire suivant dans l'ordre de la désignation ou de la clause type figurant dans le bulletin d'adhésion ;
- **Le risque d'aviation et de tout sport aérien** : les risques résultant d'un Accident de navigation aérienne ne sont couverts que si la personne assurée se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même. Les matches, paris, courses, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais préparatoires ainsi que les essais de réception sont exclus de la garantie.

Est assimilée à la navigation aérienne, l'utilisation :

- d'Ultras Légers Motorisés (ULM),
  - d'ailes volantes (delta plane) et de parachutes pour autant que ces appareils soient en conformité avec les normes existantes ;
  - **Le risque de guerre** : la couverture du risque de guerre ne pourra être accordée que dans les conditions qui seront déterminées par la législation française à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre. Par guerre on entend tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou dans lequel la France est une des parties belligérantes ;
  - **Risque sanitaire grave** : la garantie cesse ses effets lorsque les personnes assurées n'observent pas, plus de 10 jours après la diffusion des conseils par les autorités consulaires Française auprès de ses ressortissants ou par l'Organisation Mondiale de la Santé suite à un risque sanitaire grave (classement en Urgence de Santé Publique de Portée Internationale USPP), les recommandations éventuelles de rapatriement décidées par l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Cette exclusion n'est pas opposable dans le cas où les autorités locales compétentes restreignent ou interdisent tout déplacement ;
- **Le décès résultant d'un Accident dans un pays exclus** : le capital Décès ne sera pas versé par l'Assureur si le décès de l'Adhèrent résultant d'un Accident se produit dans l'un des pays suivants : Afghanistan, Algérie, Angola, Burundi, Inde (uniquement les provinces suivantes : Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Palestine, Bande de Gaza, Cisjordanie, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo (ex - Zaïre), Rwanda, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Tchad, Timor Oriental, Yémen.

L'Assureur se réserve la possibilité d'actualiser la liste de ces pays exclus ci-dessus durant l'exécution du Contrat.

# III. PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE



## ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

**1.1** Si vous subissez une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assureur vous versera, par anticipation, le capital Décès assuré en cas de Décès toutes causes (article 1-II).

**1.2** La mise en jeu de la garantie PTIA ne peut se cumuler avec la garantie Décès toutes causes. Par conséquent, le capital Décès qui vous est versé par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes.

**1.3** Dans tous les cas, vous êtes considéré en état de PTIA lorsque :

- vous êtes reconnu définitivement incapable de vous livrer à aucune occupation, ni à aucun travail susceptible de vous procurer gain ou profit ;
- vous êtes obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante ;
- et il est établi que votre état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

Lorsque la garantie a été souscrite en complément de la C.F.E ou de la Sécurité sociale française, vous devez également avoir été classé par l'un de ces organismes dans la 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité selon la définition adoptée pour cette catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale française, et bénéficiaire de la part de cet organisme d'une allocation pour tierce personne.

## ARTICLE 2 - DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE

**2.1** Vous devez déclarer votre état de PTIA à l'Assureur. La déclaration doit être faite par écrit, sous peine de déchéance, dans un délai de trois mois, sauf en cas d'événement de force majeure, à partir du jour où vous avez été reconnu en état de PTIA conformément à l'article 1-III.

**2.2** La preuve de l'état de PTIA vous incombe. Les pièces justificatives, traduites et validées par les services consulaires, à remettre à l'Assureur sont, dans tous les cas :

- votre **Certificat d'adhésion** ;
- un **certificat médical détaillé** précisant notamment la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de survenance du sinistre entraînant l'invalidité ; ce certificat doit également attester que l'invalidité répond aux conditions définies à l'article 1-III et qu'elle n'est susceptible d'aucune amélioration.

De plus, si le régime que vous avez souscrit est en complément d'un régime de protection sociale de base (C.F.E. ou Sécurité sociale française) :

- la notification de la décision de cet organisme attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur ou son Délégué peut demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire.

**2.4** Le Médecin conseil de l'Assureur se réserve le droit de vérifier entre-temps que la PTIA ne résulte pas d'un risque exclu (article 4-III), et de vous soumettre, à ses frais, à expertise médicale.

**2.5** Dès que le Médecin conseil a reconnu que votre état de PTIA ne relève pas d'un risque exclu, et au plus tôt six mois après la date de reconnaissance de l'état de PTIA, l'Assureur paie par anticipation, en Euro (€), le capital Décès tel que défini à l'article 1.1-III.

## ARTICLE 3 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie PTIA prend fin quand les garanties que vous avez choisies cessent conformément à l'article 6-I.

## ARTICLE 4 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- les risques exclus prévus en cas de Décès toutes causes (article 5-II) ;
- les invalidités provoquées volontairement ou intentionnellement, consciemment ou inconsciemment, par la personne assurée (tentative de suicide, blessures et mutilations) ainsi que les invalidités occasionnées par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

# IV. INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE



## ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie obligatoire Décès toutes causes et à condition que vous soyez salarié.

### 1.1 Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.)

**1.1.1** Si vous êtes en état d'I.T.T., l'Assureur vous versera une indemnité journalière, à l'expiration d'une Franchise, en complément des prestations de la C.F.E., de la Sécurité sociale française ou au 1er Euro.

**1.1.2** Vous choisissez votre Franchise au moment de votre adhésion dans votre bulletin d'adhésion. Vous avez le choix entre les franchises suivantes :

- 30 jours ;
- 60 jours ;
- 90 jours.

Les périodes de reprise de travail à temps partiel thérapeutique indemnisées par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française sont prises en compte pour le calcul de la Franchise. Vous choisissez également le montant de l'indemnité journalière conformément au paragraphe 2.1 de l'article 2-IV.

**1.1.3** Vous êtes considéré en état d'I.T.T. lorsque du fait d'un Accident ou d'une maladie, votre état de santé vous interdit tout travail. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez également recevoir une indemnité journalière de cet organisme au titre de cet arrêt de travail.

### 1.2 Invalidité Permanente

**1.2.1** Si vous êtes en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale, l'Assureur vous versera une rente d'invalidité en complément des prestations de la C.F.E., de la Sécurité sociale française ou au 1er Euro.

**1.2.2** Le montant annuel de la rente entière d'invalidité est le montant que vous avez choisi pour les indemnités journalières multiplié par 360. Il sert de base au calcul de la rente d'invalidité conformément l'article 2.2-IV.

**1.2.3** Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un Accident ayant occasionné le versement d'indemnités journalières par l'Assureur, vous êtes dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de votre activité professionnelle et présentez simultanément, après consolidation de votre état de santé, une incapacité fonctionnelle et une incapacité professionnelle :

- **l'incapacité fonctionnelle** est déterminée d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge, vos facultés physiques et intellectuelles. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités de droit commun ;
- **l'incapacité professionnelle** est appréciée en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente et des possibilités de rééducation.

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin conseil du Délégué.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité « T » est déterminé d'après le tableau suivant :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>10</b>				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
<b>20</b>			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
<b>30</b>		30,00	36,34	42,17	47,02	52,78	57,69	62,40	66,94
<b>40</b>	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
<b>50</b>	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
<b>60</b>	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
<b>70</b>	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	89,79
<b>80</b>	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
<b>90</b>	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
<b>100</b>	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez également avoir été reconnu en état d'Invalidité Permanente par l'un de ces organismes.

## ARTICLE 2 - MONTANT DES PRESTATIONS

**2.1** Le montant de l'**indemnité journalière** versée lorsque vous êtes en état d'I.T.T. figure sur votre Certificat d'adhésion. Vous choisissez son le montant de l'indemnité journalière **entre 30 € et 150 € par tranche de 30 € dans la limite du 1000<sup>ème</sup> du montant du capital Décès** choisi (article 1-II).

**2.2** Le montant annuel de la **rente entière d'invalidité en cas d'Invalidité Permanente est égal à 360 fois le montant de l'indemnité journalière souscrite** conformément au paragraphe 2.1 ci-dessus. Le montant de la rente d'invalidité versée est déterminé en fonction de cette rente entière d'invalidité et du taux d'invalidité « T » tel que défini au paragraphe 1.2.3 de l'article 1-IV :

- si le taux d'invalidité « T » est supérieur ou égal à 66%, la rente d'invalidité versée est égale à la rente d'invalidité souscrite ;

- si le taux d'invalidité « T » est compris entre 34% et 65%, la rente d'invalidité versée est égale au produit de la rente d'invalidité souscrite et du rapport entre « T » et 66% ;
- si le taux d'invalidité « T » est inférieur ou égal à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

L'indemnité journalière et la rente d'invalidité prévues par le Contrat sont limitées de façon à ce que le cumul des prestations que vous percevez (Sécurité sociale française, C.F.E., autre régime de base, autre assurance complémentaire, salaire éventuel) n'excède pas 100% de votre Salaire annuel de base.

## ARTICLE 3 - REVALORISATION

**3.1** Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité en cours de versement sont revalorisées pendant leur service sur décision de l'Assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite du régime AGIRC, par prélèvement sur un fonds de revalorisation constitué dans le cadre du compte de pertes et profits, établi annuellement pour l'ensemble des assurances rattachées au portefeuille des «Grands Groupes de Salariés».

**3.2** La revalorisation intervient dès la première variation du point de retraite du régime AGIRC qui suit le sinistre.

**3.3** Les rentes en cours de service sont revalorisées dans la limite du fonds de revalorisation mentionné au paragraphe 3.1 ci-dessus.

**3.4** En cas de résiliation du Contrat, la revalorisation s'arrête, les revalorisations antérieurement attribuées vous demeurant acquises.

## ARTICLE 4 - DECLARATION DU SINISTRE

**4.1** Vous devez déclarer par écrit au Délégué tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de Franchise et toute invalidité, susceptibles d'ouvrir droit aux prestations.

**Nota Bene** : les arrêts de travail ou les invalidités non déclarés dans les 15 jours précédant la fin de la Franchise seront considérés comme s'étant produits le jour de leur déclaration. Cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'Assureur, qui n'aura pas été en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

**4.2** Au cours de l'indemnisation et au plus tard dans les deux mois qui suivent le dernier versement du Délégué, vous devez lui indiquer par écrit votre situation :

- poursuite de l'arrêt de travail (que vous disposiez ou non des bordereaux de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E.) ;
- reprise du travail ou instance de classement en invalidité.

**A défaut de communication de cette information, l'indemnisation du sinistre sera automatiquement clôturée au terme des deux mois. Dans le cas où de nouveaux justificatifs d'indemnisation seraient produits au-delà de ce délai, l'Assureur se réserve le droit de considérer qu'il s'agit d'un nouveau sinistre survenu à la date de réception de ces justificatifs par ses services.**

**Nota Bene** : cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'Assureur, qui n'aura pas été en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

**4.3** La preuve de l'état d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente vous incombe.

Les pièces originales justificatives, traduites et validées par les services consulaires, à remettre au Délégué sont les suivantes :

**4.3.1 A l'ouverture du versement des prestations :**

- la **déclaration de sinistre** intégralement complétée par vos soins et à laquelle seront joints les bordereaux d'indemnisation de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française le cas échéant ;
- le **certificat médical** complété par votre médecin indiquant la nature de la pathologie, la date des premiers symptômes, la durée probable de l'incapacité ou de l'invalidité, étant entendu que ce certificat médical est transmis sous pli confidentiel cacheté à l'adresse du Médecin conseil du Délégué ;

Et en plus, **en cas d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente par suite d'Accident :**

- la **déclaration d'Accident** complétée par vos soins ;
- le **bulletin de situation** de l'hôpital ou de la clinique faisant apparaître vos dates d'entrée et de sortie.

**4.3.2 En cours de versement des prestations :**

- les **justificatifs de paiement** des prestations en espèces par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française au fur et à mesure de leur réception le cas échéant.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire et notamment les documents justifiant de la perte de salaire.

**4.4** Le Médecin conseil du Délégué se réserve le droit de vérifier entre-temps que l'invalidité ou l'incapacité ne résulte pas d'un risque exclu par l'article 8-IV, et de vous soumettre à ses frais à expertise médicale.

**4.5** Dès qu'il a reconnu que votre état d'incapacité ou d'invalidité ne relève pas d'un risque exclu, l'Assureur vous verse :

- en cas d'I.T.T. : le montant de l'indemnité journalière défini à l'article 2.1-IV, à l'expiration de la Franchise souscrite ;
- en cas d'Invalidité Permanente : une rente d'invalidité définie à l'article 2.2-IV.

## ARTICLE 5 - CONTROLE - EXPERTISE

**5.1** A tout moment, l'Assureur se réserve le droit d'envoyer un ou des médecins qu'il a mandatés afin d'aller constater votre état de santé. Ce contrôle continue à s'exercer même après la cessation du Contrat.

Afin de procéder à ce contrôle, l'Assureur se réserve le droit de vous convoquer, à ses frais, sur le territoire français.

**5.2** Sauf s'il est justifié par un événement de force majeure, tout refus de se soumettre à ce contrôle entraîne la déchéance de la garantie et l'arrêt du paiement des prestations en cours.

**5.3** Lorsque le(s) médecin(s) mandaté(s) par l'Assureur constate(nt) que votre état de santé ne justifie pas un arrêt de travail, l'Assureur cesse son indemnisation à la date de la visite.

**En cas de contestation**, une expertise aura lieu. Chacune des parties (vous et l'Assureur) désignera à ses frais un médecin. En cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin dont les honoraires seront supportés par moitié par l'Assureur et par vous.

Faute par l'une des parties de nommer son expert ou en cas de désaccord des médecins représentant les parties sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

## ARTICLE 6 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

**6.1** Les prestations dues pour l'I.T.T. sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'I.T.T. En tout état de cause, le paiement des prestations cesse lorsque vous liquidez votre pension dans un régime d'assurance vieillesse et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la sécurité sociale (âge légal de la retraite à taux plein en France). Chaque paiement d'indemnités journalières est subordonné à la production d'un certificat médical mentionnant la persistance de l'I.T.T. accompagné d'une attestation sur l'honneur de non-reprise de l'activité professionnelle. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez produire les bordereaux du régime de base attestant le versement d'indemnités journalières par cet organisme.

**Dans tous les cas, le versement des indemnités journalières cesse à la date de reprise du travail.**

**6.2** Les rentes d'invalidité sont payables trimestriellement à terme échu, et au plus tard jusqu'à ce que vous atteignez l'âge fixé en application de l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale (âge légal de la retraite en France) ou jusqu'à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du même code (âge légal de la retraite à taux plein en France) si vous exercez une activité professionnelle (en cas d'Invalidité partielle). Au moins une fois par an, vous êtes tenu de présenter un certificat médical justifiant la permanence de votre état d'invalidité. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez produire les bordereaux du régime de base attestant le versement d'une rente d'invalidité par cet organisme.

## ARTICLE 7 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

**7.1** Lorsque vous avez commencé à bénéficier des prestations d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente, toute reprise de travail, dans la même activité que celle exercée avant l'incapacité ou l'invalidité, d'une durée inférieure à deux mois, n'entraîne qu'une suspension du paiement des prestations.

**7.2** Dans ce cas, et à la condition que ce nouvel arrêt de travail soit dû à la même cause, maladie ou Accident, le versement des indemnités journalières est repris dès la rechute sur les mêmes bases, la date d'expiration contractuelle des indemnités journalières étant prolongée de la durée de reprise du travail sans toutefois que cela puisse entraîner un dépassement de l'âge limite de versement des prestations défini à l'article 6-IV.

## ARTICLE 8 - CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties I.T.T. et Invalidité Permanente cessent quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.

## ARTICLE 9 - LES RISQUES EXCLUS

**9.1** Sont exclus des garanties I.T.T. et Invalidité Permanente, les arrêts de travail résultant :

- des maladies et accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
- des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute ou d'insurrection, de rixe et d'acte de terrorisme, si l'Adhérent y a pris une part active et volontaire. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un Accident qui se produit dans les pays suivants : Afghanistan, Algérie, Angola, Burundi, Inde (uniquement les provinces suivantes : Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Palestine, Bande de Gaza, Cisjordanie, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo (ex - Zaïre), Rwanda, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Tchad, Timor Oriental, Yémen. L'Assureur se réserve la possibilité d'actualiser la liste de ces pays durant l'exécution du Contrat ;
- de blessures, lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'Adhérent prendrait part à titre d'amateur ;

- de la modification de la structure du noyau atomique ;
- de radiations ionisantes, quelles qu'en soient la provenance et l'intensité, auxquelles serait exposé l'Adhérent, même par intermittence, en raison et au cours de son activité professionnelle ;
- de l'ivresse de l'Adhérent. En ce qui concerne les accidents de la circulation : lorsque l'Adhérent est le conducteur du véhicule terrestre à moteur, est exclue quelles que soient les circonstances, l'I.T.T. ou l'Invalidité Permanente consécutive à un accident survenu :
  - en état d'ivresse définie par un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux légal en vigueur en France lors de l'accident ou au taux légal en vigueur dans le pays dans lequel s'est déroulé l'accident si celui-ci est inférieur ;
  - sous l'emprise de stupéfiants ;
- de l'utilisation d'un Ultra Léger Motorisé (ULM), d'une aile volante ou d'un parachute ;
- de la pratique des activités suivantes :
  - sports mécaniques : automobile, karting, motocyclisme ;
  - sports de montagne : varappe, alpinisme, saut à ski, au tremplin, bobsleigh ;
  - autres sports : spéléologie, polo à cheval, saut à l'élastique, plongée sous-marine ;
- de sciatiques, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies (sauf celles d'origine accidentelle) ;
- de névroses, psychasthénies, psychonévrose et psychoses pour la garantie Invalidité Permanente ;
- de toute affection dont les premières constatations ont été faites antérieurement à la prise d'effet des garanties de l'Adhérent au titre du Contrat.

**9.2** Les risques de navigation aérienne sont couverts dans les mêmes conditions que pour la garantie Décès (article 5-II).

**9.3** Aucune prestation n'est due pendant les périodes correspondant au congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité(1) ou de congé sans solde, que le début de l'arrêt de travail se situe avant ou pendant le congé. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Adhérent l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues, la période de Franchise étant dans ce cas décomptée à partir de l'expiration du congé.

(1) Il est convenu que le congé légal de maternité ou de paternité s'apprécie par référence à celui des salariés selon le régime de base de la Sécurité sociale française.

# V. EXONÉRATION



## ARTICLE 1 - DEFINITION DE LA GARANTIE

### 1.1 Exonération du paiement des cotisations

**1.1.1** Lorsque vous êtes en état d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente suite à une maladie ou à un Accident et que vous cessez de percevoir l'intégralité de votre salaire, vous êtes exonéré, proportionnellement à la perte de salaire, du paiement des cotisations du Contrat relatives à la garantie I.T.T. - Invalidité Permanente (IV).

**Nota Bene : les cotisations relatives aux garanties Décès toutes causes (partie II) et PTIA (partie III) ne font pas partie de l'Exonération.**

**1.1.2** La garantie Exonération prend effet après la période de Franchise que vous avez choisie, figurant sur votre Certificat d'adhésion.

### 1.2 Maintien des garanties

Pour la durée de l'Exonération, les garanties Décès toutes causes/PTIA et I.T.T. - Invalidité Permanente sont maintenues dans les mêmes conditions que celles définies par le Contrat, sous réserve du paiement des cotisations pour les garanties non exonérées.

Le maintien des garanties est également assuré au-delà de la date de résiliation du Contrat pour l'I.T.T. et l'Invalidité Permanente intervenues au cours de la période de couverture du Contrat.

**1.3** Pour bénéficier de l'Exonération du paiement des cotisations et du maintien des garanties, vous devez aviser le Délégué de l'I.T.T. ou de l'Invalidité Permanente et lui adresser les documents prévus à l'article 4-IV.

**1.4** La garantie n'est pas due si l'arrêt de travail résulte d'un risque exclu (article 9-IV).

## ARTICLE 2 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

**2.1** Lorsque vous avez commencé à bénéficier des prestations d'Exonération, toute reprise du travail, dans la même activité que celle précédemment exercée, d'une durée inférieure à deux mois, n'entraîne qu'une suspension de l'Exonération.

**2.2** Dans ce cas, et à la condition que ce nouvel arrêt de travail soit dû à la même cause, l'Exonération est reprise dès la rechute sur les mêmes bases.

## ARTICLE 3 - CESSATION DE LA GARANTIE

**La garantie Exonération cesse quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.**

## **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](mailto:contact@assur-travel.fr)

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

[www.assur-travel.fr](http://www.assur-travel.fr)



**assur-travel**  
Partenaire de votre mobilité

**ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - [www.orias.fr](http://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 AMLIN INSURANCE SE N°2021MGARC001-10022  
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](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org) ou à partir du site : <https://www.mediation-assurance.org/>