

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DG-ASPI Santé 0315

Réf. EQ/AT/0531E-DG

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

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative  
ASSUR-TRAVEL N° 7163221



Conditions 2017

# La garantie Santé des Expatriés



## BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES

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

**PLAFOND GLOBAL : pour les expatriés de la zone E uniquement (USA, CANADA, JAPON, SUISSE) : 500.000 Euros quelque soit la formule souscrite.**

Les remboursements interviennent après déduction d'une franchise par année civile dont le montant est mentionné sur le certificat d'adhésion.

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

## GARANTIES 1/2

ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
<b>H Hospitalisation (1) (3)</b>					
Hospitalisation chirurgicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation médicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Examens, analyses et pharmacie	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes médicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière	60 € / jour	60 € / jour	120 € / jour	120 € / jour	200 € / jour
Lit d'accompagnement	30 € / jour	30 € / jour	45 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Forfait journalier	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Consultations externes liées à une hospitalisation	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chirurgie ambulatoire de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Rééducation immédiate suite à hospitalisation	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 1000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2000 €/an	100 % des Frais réels maxi 2500 €/an
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à accident	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du cancer	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du sida	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Greffe d'organe	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors la zone d'expatriation, durée de déplacement maxi 60 jours)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Transport en ambulance	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>M Maternité</b>					
Maternité (1)	100 % des Frais réels maxi 2500 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an maxi 3000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 7500 € / an maxi 4000€ / an pour Zone A + France
dont frais d'accouchement et ses suites	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont Séances de préparation à l'accouchement	maxi 5 séances 25 €/séance	NON	maxi 5 séances 40 €/séance	NON	maxi 5 séances 60 €/séance
dont test de dépistage du VIH	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont diagnostic des anomalies chromosomiques	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Accouchement avec chirurgie (1)	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 10 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 15 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France
FIV- Stérilité (1) (pharmacie, Fécondation in vitro, Analyses, Examens de suivi)	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat	NON	100 % des Frais réels maxi 1500 € / an maxi 3 FIV / durée du contrat
Transport en ambulance	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels

(1) Après entente préalable.

(3) Avance des frais si hospitalisation de plus de 24 heures.

## GARANTIES 2/2

ACTES	PREMIUM	PREMIUM ACCESS	CONFORT	CONFORT ACCESS	SUMMUM
<b>Médecine courante</b>					
Honoraires médicaux	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Généraliste	maxi 40 €	maxi 40 €	maxi 100 €	maxi 100 €	maxi 150 €
Spécialiste	maxi 60 €	maxi 60 €	maxi 130 €	maxi 130 €	maxi 170 €
Pharmacie	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux (2) : Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	80 % des Frais réels maxi 80 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 150 € par acte	100 % des Frais réels maxi 200 € par acte
Biologie médicale et Radiologie (y compris IRM) (4)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes techniques médicaux (Hors établissement hospitalier) (2)	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>Prévention</b>					
Bilan de santé (un bilan tous les 2 ans) (1)	NON	NON	NON	NON	100 % des Frais réels maxi 400 € / bilan
Acte de prévention	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Vaccins	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer du sein (une mammographie tous les 2 ans, pour les femmes de 50 ans et plus)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Dépistage du cancer de la prostate (examens de dépistage pour les hommes de 50 à 75 ans)	NON	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
<b>Médecines Douces</b>					
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Médecine traditionnelle chinoise (limitée à Chine, Thaïlande, Hong-Kong, Singapour, Vietnam)	80 % des Frais réels maxi 30 € / acte et un maxi de 240 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 50 € / acte et un maxi de 800 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 70 € / acte et un maxi de 1600 € / an
<b>Optique</b>					
Verres + Monture	90 % des Frais réels maxi de 300 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 € / an
Lentilles (jetables comprises)	100 € / an	NON	260 € / an	NON	300 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil	90 % des Frais réels maxi de 300 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 660 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi de 700 € / an
<b>Dentaire</b>					
	Maxi de 1000 € / an Franchise 50 % 1 <sup>re</sup> année		Maxi de 2000 € / an Franchise 50 % 1 <sup>re</sup> année		Maxi de 2500 € / an Franchise 50 % 1 <sup>re</sup> année
Soins dentaires (4)	90 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Prothèses dentaires y compris implants (1)	90 % des Frais réels maxi 300 € / dent	NON	100 % des Frais réels maxi 450 € / dent	NON	100 % des Frais réels maxi 600 € / dent
Orthodontie des enfants (1) (lim. 3 ans, age lim. 16 ans)	90 % des Frais réels maxi 600 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1200 € / an
<b>Autres prothèses</b>					
Prothèses médicales (1)	80 % des Frais réels maxi 300 € / an	NON	90 % des Frais réels maxi 600 € / an	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an

(1) Après entente préalable.

(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 300 € ou actes en séries supérieurs à 9.

(4) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 500 € ou actes en séries supérieurs à 9.



## A. DISPOSITIONS GENERALES

### OBJET DU CONTRAT

ASSUR-TRAVEL a souscrit auprès de l'assureur L'EQUITE, ci après dénommée « LA COMPAGNIE » un contrat d'assurance sous le N°7163221.

Ce contrat d'assurance groupe, régi par la loi française, a pour objet de garantir les adhérents de l'ASPI, ci-après dénommé « adhérent », en remboursement des frais médicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité dans les limites et conditions définies ci-après.

Les garanties et la tarification du présent contrat ayant été établies sur la base des lois et règlements en vigueur au moment de sa conclusion, les parties contractantes conviennent de les réviser, sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat qui formalisera cette révision, les garanties resteront acquises sur la base du contrat en cours.

La gestion est déléguée à GAPI : Gestion des assurances de personnes à l'international - 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

### CONDITIONS D'ADHESION

- Etre âgé de moins de 65 ans.
- Etre apte à exercer des fonctions à temps plein.

Si cette dernière condition n'est pas remplie, l'adhésion ne pourra être demandée que 3 mois après la guérison complète validée par une autorité médicale.

### FORMALITES D'ADHESION

Pour qu'elle soit prise en considération, la demande d'adhésion doit comporter :

- Un bulletin d'adhésion rempli, par lequel le proposant donne son consentement à l'assurance, indique la date d'effet souhaitée pour l'adhésion, les garanties pour lesquelles il désire être assuré. Le proposant peut demander que son conjoint et/ou ses enfants à charges bénéficient de la garantie.
- Un questionnaire de santé complété pour chacune des personnes à assurer de moins de 3 mois.
- Le règlement intégral de la première cotisation.

LA COMPAGNIE a la faculté de demander, à ses frais, toute justification, visite ou examen complémentaire permettant d'apprécier l'état de santé du proposant ou d'un membre de la famille. Le proposant dispose d'un délai de 45 jours pour lui faire parvenir les pièces complémentaires requises. LA COMPAGNIE peut refuser l'adhésion, l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. Les conditions spécifiques de l'adhésion sont stipulées au certificat d'adhésion.

### VENTE A DISTANCE : FACULTE DE RENONCIATION

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121-26 du Code de la consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ». Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à : GAPI - 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

#### Modèle de lettre type de renonciation en cas de vente à distance (lettre recommandée avec AR) :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro du contrat : .....

Messieurs, conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, je renonce expressément par la présente à la souscription du contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit exclusivement à distance le ...../...../.....

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le ...../...../....., à .....

Signature du Souscripteur.

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

### ADHERENT

Toute personne ayant complétée et signée un bulletin d'adhésion accepté par LA COMPAGNIE, même à des conditions spéciales. L'acceptation de LA COMPAGNIE est matérialisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

### BENEFICIAIRES DE L'ADHERENT : LES ASSURES

Pour autant qu'ils aient fait l'objet d'une désignation au certificat d'adhésion, les assurés sont les membres de la famille de l'adhérent à la charge effective de l'adhérent mentionnés ci-après :

- Le conjoint, concubin, pacsé nommément désigné (sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur de vie commune),
- Les enfants de l'adhérent, de son conjoint ou concubin, âgés de moins de 26 ans, non salarié, fiscalement à la charge de l'adhérent ou de son conjoint ou concubin et poursuivant leurs études (une activité rémunérée est tolérée à condition qu'elle n'excède pas 3 mois par an).

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour autant que le bulletin d'adhésion soit complet et accepté par LA COMPAGNIE, les garanties prennent effet :

#### Pour l'adhérent :

- Le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion ou à la date souhaitée par l'adhérent, au plus tôt le premier jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

#### Pour les assurés :

- A la date d'admission de l'adhérent lorsque les assurés figurent sur le bulletin d'adhésion initial de l'adhérent
- Conjoint : à la date du mariage lorsque la demande d'admission est effectuée dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Autres cas: le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

Pour l'adhérent et pour les assurés, tant que le bulletin d'adhésion n'a pas été accepté par LA COMPAGNIE, seules sont accordées les garanties mises en jeu suite à un accident, à la condition que ce dernier soit survenu postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents, les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

Si LA COMPAGNIE a accepté tout ou partie des risques, les frais médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils sont exposés après les délais d'attente visés au chapitre B « DEFINITION DES GARANTIES » article « DELAIS D'ATTENTE »

### CESSATION DES GARANTIES

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, au moins 1 mois avant la fin du trimestre civil en cours, le cachet de la poste faisant foi.

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 retrait total de l'agrément de LA COMPAGNIE, le 40<sup>ème</sup> jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratifs de LA COMPAGNIE.
- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'assurés, les garanties leur sont maintenues jusqu'à la fin du trimestre civil en cours.

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 de GAPI au moins un mois avant sa date de retour. L'adhésion cessera à la fin du trimestre civil en cours au jour où LA COMPAGNIE en est informée.

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 pour les Adhérents.



## MODIFICATION DES GARANTIES

A chaque renouvellement, l'Adhérent a la possibilité de modifier les garanties souscrites.

### • En cas de diminution des garanties :

Les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du trimestre civil qui suit la demande de modification. Les délais d'attente des garanties frais médicaux sont appliqués à partir de la date d'effet des garanties précédentes.

### • En cas de majoration des garanties :

L'adhérent doit remplir un nouveau bulletin d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées au § « Formalités d'adhésion ». LA COMPAGNIE se réserve la possibilité de refuser les majorations de garanties ou de les accepter avec des restrictions ou avec surprime. Tant qu'il n'a pas fait connaître sa position, l'Adhérent bénéficie des garanties antérieures. Les délais d'attente prévus pour les garanties frais de santé sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet des nouvelles garanties.

### • En cas de changement du pays d'expatriation :

L'adhérent doit informer LA COMPAGNIE par l'intermédiaire de GAPI de son changement de pays d'expatriation au moins un mois avant la date effective du changement. Il peut modifier les garanties souscrites et les adapter au pays de destination. Dans ce cas, les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit la demande de modification. En cas de majoration des garanties, la procédure est la même que celle décrite ci-dessus, à l'exception des délais d'attente que LA COMPAGNIE peut être amené à supprimer.

## CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction :

- de l'âge de l'adhérent et de ses bénéficiaires éventuels.
- du niveau de régime choisi.
- de la zone de souscription.

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.

Elles comprennent la cotisation nette (afférente au risque) hors taxes, le cas échéant les frais accessoires, les taxes et les charges parafiscales.

Lorsqu'en cours de contrat, l'Adhérent et/ou les bénéficiaires éventuels changent de classe d'âge, l'évolution de la cotisation est appliquée au trimestre civil suivant la date d'anniversaire de l'adhérent et/ou des bénéficiaires éventuels.

## PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, dans les 10 jours suivant l'échéance, le règlement est à adresser à GAPI et libellé à son ordre. Elles peuvent également être réglées par prélèvement automatique, effectué par GAPI.

Conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances, en cas de non paiement dans le délai prescrit, GAPI adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure qui produit les effets suivants : les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure et l'adhésion définitivement résiliée au 40<sup>ème</sup> jour si le versement n'a pas été effectué dans sa totalité.

## CONTROLE DES DEPENSES

LA COMPAGNIE peut demander à l'assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de la COMPAGNIE.

LA COMPAGNIE peut décider de faire examiner l'Adhérent ou l'assuré par un médecin de son choix.

**L'adhérent ou l'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit ou indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.**

## LES DECLARATIONS

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'adhérent en réponse aux questions posées par l'Assureur lors de la souscription et la cotisation en tient compte.

L'adhérent doit répondre exactement aux questions qui lui sont posées et aux demandes de renseignements de l'Assureur (figurant sur les documents de souscription).

Les déclarations de l'assuré figurent dans le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé. A la souscription ou en cours de contrat, l'adhérent doit déclarer l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans les déclarations de l'adhérent, entraîne l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

## PRESCRIPTION

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

### Article L 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration 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 2. les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Article L 114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L 114-3 :

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

## Conformément au Code civil :

«Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

### Article 2240

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

### Article 2241

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

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

### Article 2242

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

### Article 2243

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

### Article 2244

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

### Article 2245

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

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

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

### Article 2246

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



## SUBROGATION

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

## EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

### • Examens des réclamations

**Pour toute question relative à la gestion de votre contrat**, GAPI est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si votre demande n'est pas résolue, vous pouvez adresser votre **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à L'ÉQUITÉ - Cellule qualité - 7 Bd Haussmann - 75442 PARIS Cedex 09 - qualite@generali.fr

Nous accusons réception de votre demande dans les 10 jours de sa réception et vous préciserons le délai prévisible de traitement de celle-ci.

**Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire** et que votre demande relève de son devoir de conseil ou d'information ou des conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

### • Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

## AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue de Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations à caractère personnel recueillies par Assur-Travel sont nécessaires pour effectuer les actes de souscription du présent contrat.

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Assur-Travel ainsi que ses sous-traitants et prestataires pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires.

Ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, à l'assureur L'ÉQUITÉ, ainsi que si nécessaire à ses réassureurs, sous-traitants et prestataires.

Vous pouvez également conformément à la loi informatique et libertés accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales auprès de GAPI, 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

## DISPOSITIONS DIVERSES

Loi applicable – tribunaux compétents : Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit Français.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des Tribunaux Français.

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



## B. DEFINITION DES GARANTIES

### ETENDUE GEOGRAPHIQUE

Les garanties sont acquises dans la zone géographique qui correspond au tarif de souscription: la zone de souscription A,B,C,D ou E. La zone de souscription B donne également accès aux soins dans les pays de la zone A. La zone de souscription C donne également accès aux soins dans les pays de la zone A et B. La zone de souscription D donne également accès aux soins dans les pays de la zone A, B, C. La zone de souscription E donne également accès aux soins dans les pays de la zone A, B, C, et D. La zone A, correspond au monde entier excepté les pays cités dans les zones B,C,D et E. La zone B correspond aux pays suivants: Allemagne, Chili, Chine, Espagne, Mexique. La zone C correspond aux pays suivants: Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Israël, Italie, Liban, Nouvelle Calédonie, Qatar, Royaume Uni, Russie. La zone D correspond aux pays suivants: Brésil, Hong Kong, Emirats Arabe Unis, Singapour. La zone E correspond aux pays suivants; USA, Canada, Japon, Suisse.

L'adhérent effectue son choix (qui vaut tant pour lui-même que pour ses bénéficiaires) lors de son admission à l'assurance.

L'adhérent peut modifier son choix :

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

### DELAIS D'ATTENTE

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

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

- Maladie- soins courants en cas d'accident ou maladie infectieuse :	0 mois
- Hospitalisation en cas d'accident ou maladie infectieuse :	0 mois
- Maladie – soins courants :	0 mois
- Hospitalisation :	3 mois
- Prothèses dentaires :	9 mois
- Implants dentaires :	9 mois
- Prothèses :	9 mois
- Soins orthodontiques :	9 mois
- Optique :	9 mois
- Maternité (frais liés à la maternité : grossesse, accouchement et ses suites) :	10 mois
- Traitement de la stérilité :	10 mois

**Le délai d'attente de 3 mois pour maladie, soins courants et hospitalisation est supprimé en cas d'accident ou de maladie infectieuse.**

### ETENDUE DE LA GARANTIE

Définition : La franchise est la part de l'indemnité restant à votre charge lors d'un sinistre. Par franchise annuelle, il faut entendre franchise par année civile.

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés dans le barème de remboursements qui concernent des traitements de maladie ou d'accident et qui :

- ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance en France ou à l'étranger (sous réserve des dispositions prévues au paragraphe qui suit),
- ont été prescrits et/ou pratiqués par des médecins régulièrement autorisés dans des établissements régulièrement autorisés,
- auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française si l'intéressé y avait été affilié.

Les remboursements visés dans le barème de remboursement peuvent intervenir, selon la formule souscrite mentionnée au Certificat d'adhésion, au 1<sup>er</sup> euros, en complément des prestations versées par la Caisse des Français de l'Etranger ou tout autre régime français de sécurité sociale et après déduction de la franchise annuelle dont le montant en euros est stipulé au Certificat d'adhésion.

### Conditions de prise en charge :

Lesdits frais médicaux doivent avoir été exposés dans le pays d'expatriation ou un pays de la zone de souscription pour laquelle la garantie a été souscrite.

La zone de souscription A donnant accès aux soins dans les pays de la zone A.

La zone de souscription B donnant accès aux soins dans les pays de la zone A et B.

La zone de souscription C donnant accès aux soins dans les pays de la zone A, B et C.

La zone de souscription D donnant accès aux soins dans les pays de la zone A,B,C et D.

La zone de souscription E donnant accès aux soins dans les pays de la zone A,B,C D et E.

Une tolérance sera acceptée :

pour les soins d'hospitalisation consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée, et pour les déplacements inférieurs à 60 jours hors de la zone de souscription.

En tout état de cause, toute hospitalisation est subordonnée à la formalité de l'entente préalable telle que définie dans l'article « Entente Préalable » ci-après.

Les garanties seront limitées au coût moyen en vigueur dans le pays d'accueil. Tout contrôle pourra être exercé par LA COMPAGNIE.

**LES FRAIS PRESENTANT UN CARACTERE MANIFESTEMENT DERAISONNABLE OU INHABITUEL PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.**

### LISTE DES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE

#### Hospitalisation

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont définis ci-après (sous réserve des dispositions relatives aux frais d'accouchement). Ils doivent être exposés au cours d'une hospitalisation d'au moins 24 heures (ou de moins de 24 heures dans le seul cas d'une intervention chirurgicale) :

- le séjour à l'hôpital en chambre à un seul lit,
- les repas,
- toutes installations médicales hospitalières,
- le traitement et les services médicaux prescrits par un médecin en cas d'hospitalisation ou d'admission dans un hôpital de jour, notamment les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste, les honoraires du médecin, les consultations, les procédures de diagnostics vaccinations et les médicaments prescrits par ordonnance,
- le séjour dans un service de réanimation en cas de nécessité médicale,
- en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans, l'hébergement de nuit pour un parent, dans le même hôpital ou, en cas d'impossibilité, la chambre et le petit déjeuner dans un hôtel proche,
- la chirurgie dans un hôpital de jour,
- durant les trois mois suivant immédiatement la sortie d'hôpital du bénéficiaire, le traitement post-hospitalier au titre de soins externes, dispensé ou prescrit par son médecin traitant et résultant directement de l'hospitalisation du bénéficiaire,
- rééducation immédiate suite à hospitalisation : rééducation réalisée immédiatement suite à une hospitalisation ouvrant droit à prestation alors que l'assuré est toujours hospitalisé.

Le traitement des troubles mentaux, psychiatriques et psychologiques ne sera couvert en cas d'hospitalisation que pour une durée maximum de 30 jours par an.

Le traitement d'un enfant en établissement ou unité à caractère sanitaire est limité à 30 jours par an.

#### Maternité

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux liés à la maternité : les séances de préparation à l'accouchement, le test VIH, les analyses chromosomiques, l'accouchement et ses suites.

Concernant le traitement de la stérilité, le forfait annuel comprend la pharmacie, la fécondation in vitro, les analyses et les examens de suivi.

Sont également pris en charge les frais de transport en ambulance uniquement si les médecins l'estiment nécessaire en raison de complications médicales.

#### Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation.

#### Médecine ambulatoire courante

Les frais ouvrant droit à prestations sont ceux définis ci-après :

- Consultations,
- Petits actes de chirurgie,
- Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes orthophonistes, orthoptistes, acuponcteur, ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, médecine traditionnelle chinoise pour les pays suivants : Chine, Thaïlande, Hong Kong, Singapour, Vietnam),
- Actes de biologie médicale,
- Actes de radiologie,



- Frais pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin ou chirurgien qualifié, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie. Les médicaments ouvrant droit à prestation sont consultables sur le site [www.vidal.fr/fiches-medicaments](http://www.vidal.fr/fiches-medicaments),
- Vaccins,
- Bilan de santé.

### Optique

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux définis ci-après :

- Consultations et visites d'ophtalmologistes,
- Verres,
- Montures,
- Lentilles de contact,
- Chirurgie réfractive de l'œil.

### Actes dentaires

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux définis ci-après :

- Consultations et visites de dentistes,
- Soins dentaires (soins conservateurs, soins chirurgicaux, détartrage, polissage, techniques de conservation, soulagement de la douleur, obturations simples, radiographies ou scanners),
- Prothèses dentaires (rétablissement de la fonction masticatoire, prothèses dentaires et pose de nouvelles prothèses, couronnes, bridges),
- Orthodontie (traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant bénéficiaire),
- Interventions et traitements parodontaux,
- Implants dentaires.

Définition : racine artificielle ancrée dans l'os de la mâchoire et sur laquelle vient reposer une prothèse.

### Prothèses médicales d'appareillage

Les frais ouvrant droit à prestation sont les :

- Orthèses,
- Appareils de surdité,
- Prothèses orthopédiques,
- Prothèses non orthopédiques non dentaires,
- Matériels et appareillage.

### Prestations de prévention

En application de l'article R.871-2 II du code de la Sécurité sociale, l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge de la totalité de sa participation pour des actes préventifs ou de dépistage figurant dans la liste ci-après.

L'assuré peut ainsi bénéficier d'actes préventifs ou de dépistage adaptés à sa situation personnelle.

- les vaccinations suivantes, seules et combinées :
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG avant 6 ans ;
  - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - Haemophilus influenzae B ;
  - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - Audiométrie tonale ou vocale ;
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
  - Audiométrie vocale dans le bruit ;
  - Audiométrie tonale et vocale ;
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- dépistage de l'hépatite B.

- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum.

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

### ENTENTE PREALABLE

#### Procédure à suivre en cas de prestation soumise à l'entente préalable :

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 jours avant l'hospitalisation ou le début des actes médicaux, la demande d'entente préalable détaillée, remplie et signée par le praticien, ainsi que le devis.

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable ainsi que le devis doivent être adressés dans les 3 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital ou l'établissement de soins, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation ou de l'acte médical.

### Hospitalisation

L'entente préalable est nécessaire à chaque hospitalisation.

**Pour toute prolongation au-delà de 10 jours, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 10 jours. Elle doit parvenir à la Commission Médicale dans les 3 derniers jours de la dernière période autorisée.**

### Maternité

L'ensemble des frais liés à la maternité sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Le certificat de grossesse doit être communiqué dès la connaissance de l'état de grossesse.

### Médecine courante

Les actes d'auxiliaires médicaux en série dès lors que le nombre est supérieur à neuf, sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Les actes techniques médicaux sont soumis à la formalité d'entente préalable, dès lors que ces actes sont supérieurs à 300 €.

Les actes de biologie médicale, de radiologie sont soumis à la formalité d'entente préalable, dès lors que ces actes sont supérieurs à 500 euros.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, un laboratoire ou un cabinet d'imagerie médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur.

Le bilan de santé.

### Actes dentaires

Sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

- Les soins dentaires supérieurs à 500 euros,
- Les inlays core ou faux moignons,
- Les inlays, onlays,
- Les traitements parodontaux,
- Les prothèses dentaires,
- Les implants dentaires,
- L'orthodontie (traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant ayant droit).

S'agissant de prothèses dentaires, lorsque plus de deux dents sont concernées, la demande d'entente préalable doit être accompagnée, le cas échéant, d'une radiographie panoramique.

### Les autres prothèses médicales

Elles sont soumises à la formalité de l'entente préalable.

**Après accord de la compagnie, le malade dispose d'un délai de trois mois pour entamer les soins ou le traitement. Passé ce délai, l'accord est réputé caduque.**

**Commission médicale : GAPI - Commission médicale - Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq.**



## EXCLUSIONS ET LIMITATIONS sont exclus de la garantie :

- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires notamment des médicaments incluant ces substances dans des doses non prescrites par un médecin,
- Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- Les frais de transport relatifs à une prestation non garantie,
- Les frais liés à un état pathologique ou à des blessures, constitués antérieurement à l'adhésion sauf accord de LA COMPAGNIE,
- Les frais de médecine préventive, à l'exception de ceux pris en charge par la convention,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et de convalescence lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation médicale,
- Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé à l'exception des centres de rééducation immédiatement après une hospitalisation donnant droit à prestation,
- Les frais de séjour ou de traitement engagés dans un établissement d'hydrothérapie, thermal, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital,
- Les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel,
- Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé,
- Les frais résultant de la participation à des guerres, rixes, émeutes, mouvements populaires, emprisonnement, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Les frais résultant de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires,
- Les dépenses relatives aux services ou produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais,
- Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'auraient pas été respectés,
- Les frais non mentionnés dans la présente convention,
- Les soins relatifs aux affections mentionnées sur le certificat d'adhésion,
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- Les cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement, y compris leurs suites,
- Les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie,
- Les hospitalisations liées aux affections psychiatriques au-delà du 30ème jour d'hospitalisation,
- Les soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat,
- Les frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique ...),
- Les frais relatifs à des soins non prescrits ou non effectués par un praticien régulièrement autorisé,
- Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'entente préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée,
- Tout frais résultant :
  - Des conséquences de la désintégration du noyau atomique,
  - De rayonnements ionisants ou d'une contamination par la radioactivité de déchets nucléaires résultant de la combustion de combustible nucléaire ou résultant d'une propriété radioactive, toxique, explosive ou toute autre propriété dangereuse d'un ensemble nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire de cet ensemble,
  - De la contamination chimique, de la guerre, d'une invasion, de l'acte d'un ennemi étranger, d'hostilités (qu'il y ait ou non- renversement militaire ou un coup d'état ou de la participation déclaration de guerre), d'activités terroristes, d'une guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un à un soulèvement populaire ou à une émeute de toute nature,
  - De catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême,
  - Des conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens.
- Les frais relatifs aux maladies tropicales contractées sans traitement préventif si elles ont été contractées hors du pays d'expatriation et dans les 3 mois suivants l'adhésion si elles ont été contractées dans le pays d'expatriation.

**C. LE SINISTRE****PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE****Pour la maladie et l'accident**

Sous réserve des dispositions applicables en matière d'hospitalisation en cas de prise en charge directe telle que prévue par la présente notice, l'adhérent doit transmettre toutes pièces justificatives originales visées ci-après qui seront conservées par LA COMPAGNIE :

- **Pour les frais exposés dans le pays d'expatriation figurant au bulletin d'adhésion pour les frais médicaux inférieurs à 500€ :**

- Le formulaire de DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complété,
  - L'original ou le scan ou photo de la PRESCRIPTION MEDICALE,
  - L'original ou le scan ou photo de la FACTURE détaillée et acquittée,
- La compagnie ou son délégué se réserve le droit de demander les originaux pour procéder aux remboursements.

- **Pour les frais exposés en France :**

- La FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité sociale dûment complétée,
- L'original de la PRESCRIPTION MEDICALE,
- L'original de la FACTURE détaillée et acquittée,

- **Pour les frais exposés dans un pays tiers (c'est-à-dire pays autre que le pays d'expatriation ou la France) :**

- Les pièces telles que visées pour les frais exposés dans le pays d'expatriation,
  - Toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie.
- Les demandes de remboursement doivent, SOUS PEINE DE DECHEANCE et sauf cas de force majeure, être adressées dans les DOUZE MOIS suivant la date des soins.

**Pour la maternité**

L'adhérent doit transmettre toutes pièces justificatives originales qui seront conservées par LA COMPAGNIE : un bulletin de naissance de l'enfant, et éventuellement, la justification des frais réels en cas d'accouchement dystocique ou chirurgical,

**OBSERVATION SUR LES PIECES A FOURNIR**

Lorsqu'il est fait référence à la facture, celle-ci doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'eux et la date à laquelle ils ont été effectués.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité des bénéficiaires de l'adhérent, peut être demandé par LA COMPAGNIE.

LA COMPAGNIE se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de

l'intéressé et des soins effectués.

**REGLEMENT DES PRESTATIONS A L'ETRANGER**

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 à l'étranger, 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.

**ARBITRAGE**

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

**L'EQUITE ASSURANCES :**

L'Équité, Société Anonyme au capital de 26.469.320 euros  
 Entreprise régie par le Code des assurances  
 572 084 697 RCS Paris - Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris  
 Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

**ASPI :**

Association Santé Prévoyance Internationale  
 Siège social: 49 Bld de Strasbourg - 59000 LILLE

**ASSUR-TRAVEL :**

SAS au capital de 100.000 € - 451 947 378 R.C.S. LILLE  
 N°ORIAS : 07030650 - www.orias.fr  
 Siret 451 947 378 000 27  
 Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO  
 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

**GAPI :**

SARL au capital de 55.000 € - 490 676 228 RCS Paris  
 Adresse postale : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO  
 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France  
 N°ORIAS : 10056960 - www.orias.fr