

Notice d'Information
START EXPAT
Garanties Assistance et RC
Contrat n°FRBOPA70811

CHUBB®

Sommaire

Titre I – Dispositions générales	3
A. Définitions	3
B. Champ d'application et prise d'effet des garanties	8
C. Exclusions communes à toutes les garanties	8
D. Cessation des garanties	9
Titre II – Garanties	10
Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres	23
A. Demande d'indemnisation assurance (Responsabilité civile, Bagages et Incidents de voyage)	23
B. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes	23
C. Déchéance commune à toutes les garanties	23
D. Documents à fournir	24
Titre IV – Obligations de l'Adhérent	26
A. Déclaration du risque à la souscription du contrat	26
B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat	26
C. Paiement de la cotisation	26
Titre V – Résiliation du contrat	27
Titre VI – Dispositions diverses	28
A. Respect des sanctions économiques et commerciales	28
B. Expertise en cas de désaccord	28
C. Direction du procès	28
D. Transaction	28
E. Conciliation	28
F. Prescription	29
G. Subrogation	30
H. Assurances Cumulatives	30
I. Réclamation et Médiation	30
J. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré	31
K. Intérêts	31
Titre VII – Protection des données à caractère personnel	31
Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle	31
Tableau des montants de garanties «Start Expat»	32
Contactez-nous / A propos de Chubb	34

Conditions Générales

Le présent contrat est un contrat d'assurance collective de dommages à adhésion facultative souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE au bénéfice de ses membres adhérents. Il est régi tant par le Code des Assurances que par la présente Notice d'information et le Certificat d'adhésion qu'il comporte.

Titre I – Dispositions générales

A. Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure. Sont notamment considérés comme Accidents :

- Les infections causées directement par un Accident garanti,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives,
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ou à la noyade,
- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation,
- Les lésions corporelles résultant d'un Acte de terrorisme ou de Sabotage, d'un Attentat ou d'une Agression dont l'Assuré serait victime.

Accident du travail

Conformément à l'Article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, est considéré comme Accident du Travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Acte de terrorisme ou de sabotage, attentat

Toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- De mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui,
- D'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale,
- De désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

Adhérent

La personne physique ou morale qui adhère au Contrat, le signe et s'engage au paiement des Cotisations. **En cas d'Adhérent personne morale, celle-ci doit être fiscalement domiciliée dans un pays membre de l'Union européenne.**

Pour le versement par l'Assureur de toute indemnité, l'Adhérent doit être titulaire d'un compte bancaire auprès d'un établissement bancaire dans un pays membre de l'Union européenne.

Année d'assurance

La période comprise entre la Date d'effet ou la date de renouvellement du Contrat et sa date d'échéance ou la date de Cessation des garanties.

Assureur

Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

Assuré

La ou les personnes assurées au titre du présent contrat mentionnées au Certificat d'adhésion résidant en tant que Détachées ou Expatriées dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est la personne qui reçoit de l'Assureur le versement des indemnités prévues par le Contrat suite à tout Sinistre garanti.

En cas de Décès Accidentel de l'Assuré, le Bénéficiaire est :

- Son Conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, ni dont le PACS est dissout, à la date du Décès Accidentel.
- A défaut ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.
- A défaut ses héritiers par parts égales.

L'Assuré a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un Bénéficiaire à un autre. Cette désignation doit faire l'objet de l'envoi d'une désignation de Bénéficiaire à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de Réception.

Condition médicale grave

Une condition qui, selon l'avis de Europ Assistance, constitue une urgence médicale sérieuse nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement curatif hospitalier immédiats afin d'éviter le décès ou une détérioration grave des perspectives de santé immédiates ou à long terme de l'Assuré.

La gravité de la Condition médicale est déterminée en fonction du lieu géographique où se trouve l'Assuré, de la nature de l'urgence médicale et de la disponibilité au niveau local des installations ou soins médicaux adéquats.

Consolidation

Il s'agit du moment où l'état de santé se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification sensible sous l'effet d'un quelconque traitement.

L'indemnisation est évaluée à la date de Consolidation.

Certificat d'adhésion

Il s'agit du document complétant les présentes Conditions Générales pour adapter le Contrat Expatriés au cas particulier de l'Adhérent. Elles précisent, notamment, le Champ d'application des garanties, la Date d'effet et la Cotisation qui lui est associée.

Conjoint

Par Conjoint, il faut entendre :

- La personne liée à l'Adhérent par les liens du mariage et non séparé judiciairement.
- Le concubin : il s'agit de la personne qui vit maritalement avec l'Adhérent, dans la même communauté d'intérêts qu'un couple marié et pouvant produire un certificat de concubinage ou de vie commune.
- Le cosignataire d'un Pacte civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Contrat

Les Conditions Générales valant notice d'information et le Certificat d'adhésion en vertu desquels l'Assureur s'engage à verser une prestation à l'Assuré en cas de survenance d'un Sinistre garanti, et ce, en contrepartie du paiement de la Cotisation.

Date d'effet

Date à partir de laquelle les garanties du Contrat produisent leur effet.

Décès accidentel

Mort d'un Assuré consécutive à un Accident garanti par le Contrat.

Déchéance

Privation du droit aux sommes ou aux services prévus dans le Contrat par suite du non-respect par l'Assuré ou par l'Entreprise souscriptrice de certaines obligations qui lui sont imposées.

Dommmage corporel

Toute atteinte physique subie par un Assuré victime d'un Accident, d'une Agression, d'un Attentat, d'un Acte de terrorisme ou de Sabotage.

Dommmage immatériel consécutif

Tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble ou de la perte d'un bénéfice et directement consécutif à un Dommage corporel ou matériel garanti.

Dommmage matériel

Toute altération, détérioration, perte et destruction d'une chose ou d'une substance y compris toute atteinte physique à des animaux.

Enfants à charge

Les Enfants, y compris les enfants reconnus ou recueillis, sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- jusqu'à dix-sept (17) ans.
- S'ils ont plus de dix-sept (17) ans et moins de vingt-six (26) ans et qu'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité exigé). Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci doivent être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'Impôt sur le Revenu des Personnes physiques (I. R. P. P).
- S'ils font l'objet d'un handicap (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge).
- S'ils sont nés viables dans les trois cent (300) jours suivant la date de l'Accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

Engin de déplacement personnel

Tout Engin de déplacement personnel motorisé ou tout Engin de déplacement personnel non motorisé.

Engin de déplacement personnel motorisé

Tout véhicule sans place assise, conçu et construit pour le déplacement d'une seule personne et dépourvu de tout aménagement destiné au transport de marchandises, équipé d'un moteur non thermique ou d'une assistance non thermique et dont la vitesse maximale par construction est supérieure à 6 km/h et ne dépasse pas 25 km/h. Au sens du présent Contrat, Engin de déplacement personnel motorisé comprend également tous gyropodes, trottinettes électriques, gyroroues, hoverboards et tout autre bolide électrique et individuel.

Engin de déplacement personnel non motorisé

Tout véhicule de petite dimension sans moteur.

Etablissement hospitalier

Tout Etablissement hospitalier public ou privé qui répond aux exigences légales du pays dans lequel il est situé et qui :

- Reçoit et soigne les blessés ou les malades qui y séjournent,
- N'admet en séjour les blessés ou les malades que sous le contrôle du ou des médecins qui y sont attachés et qui doivent obligatoirement y assurer une permanence,
- Maintient en état de fonctionnement l'équipement médical adéquat pour diagnostiquer et traiter de tels blessés ou malades et, si cela est nécessaire, est en mesure de pratiquer des opérations chirurgicales dans son enceinte ou dans un établissement sous son contrôle,
- Dispense les soins par ou sous le contrôle d'un personnel infirmier.

Europ Assistance

Désigne l'entité en charge de la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Événement générateur/Fait dommageable

Toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un Sinistre. Un ensemble de Faits dommageables ayant la même cause et la même origine est assimilé à un Événement unique.

Exclusion

Ce qui n'est pas garanti par le Contrat d'assurance.

Expatrié / Détaché

Toute personne qui travaille à l'étranger pour le compte d'une entreprise de son Pays d'origine ou de son Pays de nationalité ou pour son propre compte, et dont le Pays de Détachement ou d'Expatriation se trouve dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

France métropolitaine

Il s'agit de toutes les parties européennes de la République française incluant son territoire continental, les îles proches de l'Océan Atlantique, de la Manche et de la mer Méditerranée, y compris la Corse.

Franchise

Il s'agit soit :

- D'une somme fixée forfaitairement par l'Assureur et restant à la charge de l'Adhérent ou de l'Assuré en cas d'indemnisation,
- D'un pourcentage au-delà duquel les indemnités sont accordées,
- D'un nombre de jours ou de mois à l'expiration desquels les indemnités sont accordées.

Guerre Civile

La guerre civile est la situation qui existe lorsqu'au sein d'un Etat, une lutte armée oppose les forces armées d'un Etat à des groupes armés identifiables ou des groupes armés entre eux dans des combats dont l'importance et l'extension dépasse la simple révolte ou l'insurrection.

Guerre Etrangère

Par Guerre Etrangère, il faut entendre un état de lutte armée entre deux ou plusieurs Etats avec ou sans déclaration de guerre.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle

La réduction définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, intellectuelles et/ou psychosensorielles d'un Assuré résultant d'un Accident garanti par le Contrat.

Maladie

Toute altération de santé soudaine et imprévisible, constatée par une autorité médicale qualifiée, et n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Membre de la famille

- Le Conjoint.
- Les Enfants à charge.

Parent proche

Sont considérés comme Parent proche de l'Assuré : le Conjoint, un ascendant ou un descendant de premier degré, une sœur, un frère, une belle-mère, un beau-père, une belle-fille, un gendre, une belle-sœur, un beau-frère.

Pays de nationalité

Par pays de nationalité, on entend tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet.

Pays d'origine

Par pays d'origine, on entend le pays dans lequel l'Assuré avait sa résidence principale avant l'expatriation et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation

Le pays de domicile de l'Assuré, autre que son Pays de nationalité ou son Pays d'origine, pendant sa période d'expatriation.

Pays étrangers

Tout pays, territoire ou possession en dehors de la France métropolitaine. Par convention, les DOM-ROM (départements d'outre-mer et régions d'outre-mer), PTOM (pays et territoires d'outre-mer) et COM (collectivités d'outre-mer) sont assimilés à l'Etranger en ce qui concerne la garantie Frais médicaux.

Pollution

- L'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse, diffusée par l'atmosphère, le sol, le sous-sol ou les eaux,
- La production d'odeurs, bruits, vibrations, variations de température, ondes, radiations, rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires du voisinage.

Prime ou cotisation

Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

Réclamation

Constitue une Réclamation, toute demande en réparation amiable ou contentieuse, formée par un Tiers ou ses ayants droit, et adressée à l'Assuré ou à son Assureur.

Sinistre

Evénement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites.

- Pour la garantie Responsabilité Civile « vie privée » hors Pays de domicile :

La manifestation du Dommage pour le Tiers lésé dès lors que ce Dommage est susceptible d'entraîner l'application d'une garantie du Contrat.

Constitue également un 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.

- Pour les autres garanties

C'est un Evénement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites.

Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des Dommages provenant d'une même cause génératrice.

Souscripteur du contrat groupe

L'Association of Service For Expatriates (ASFE), association régie par la loi du 1er juillet 1901, créée le 30 avril 1992 pour une durée illimitée

Tiers

Toute personne physique ou morale à l'Exclusion de :

- L'Assuré lui-même, ses Parents proches ainsi que les personnes qui l'accompagnent.
- Les Préposés, salariés ou non de l'Entreprise souscriptrice, dans l'exercice de leurs fonctions.

USA / Canada

Les Etats-Unis d'Amérique et le Canada, y compris dans leurs territoires ou possessions.

Zones éloignées

Zones extérieures à la civilisation, isolées et où il n'est pas possible d'effectuer des recherches, des sauvetages et des récupérations rapides.

Ce qui suit s'applique :

- La civilisation est un lieu habité en permanence où l'on a la possibilité de se nourrir, de passer la nuit dans une structure habitée en permanence, de bénéficier de télécommunications et de soins médicaux.
- L'isolement signifie une distance d'au moins une journée de marche complète entre la zone et le lieu habité le plus proche.

- Une recherche, un sauvetage et une récupération rapide doivent être lancés par des personnes extérieures dans les 12 heures suivant l'alerte.

B. Champ d'application et prise d'effet des garanties

Les garanties du présent Contrat s'appliquent dans le Monde entier et ce, strictement et exclusivement durant toute la période d'expatriation ou de détachement de l'Assuré.

Les garanties prennent effet au moment où l'Assuré quitte son Domicile situé dans son Pays d'origine pour se rendre dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation et cessent dès le retour définitif dans son Pays d'origine ou de nationalité.

Elles sont acquises **Vingt-Quatre heures sur Vingt-Quatre (24h/24)**, en Vie Privée comme en Vie Professionnelle, pendant toute cette durée.

C. Exclusions communes à toutes les garanties

L'Assureur ne fournira aucune garantie ou prestations et ne s'engagera à aucun règlement qui ne respecterait pas les obligations décrites dans la section « Respect des sanctions économiques et commerciales » de la présente Notice d'Information.

L'ensemble des garanties ou prestation décrites dans la présente Notice d'Information ne s'appliquent pas aux pays et territoires suivants : Cuba, Iran, Syrie, Corée du Nord, Soudan du Nord, Venezuela, Crimée, la Région du Donbass y compris Louhansk et Donetsk.

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes de garanties ou prestations sont consécutives à un Sinistre :

- Causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré ;
- Du à la conduite de tout type de véhicule en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'Accident ;
- Du à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ou du à la conduite de tout type de véhicule, lorsque l'Assuré est sous l'emprise de ces drogues, stupéfiants ou tranquillisants prescrits médicalement alors que la notice médicale interdit la conduite de tout type de véhicule ;
- Causé par le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;
- Résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété ;
- Résultant d'un état de grossesse et de l'accouchement sauf en cas de complication imprévisible qui pourrait mettre en danger la vie de la mère et/ou de l'enfant à naître, du traitement de la stérilité de la grossesse ainsi que de l'interruption de grossesse ;
- Résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des délits et crimes au sens du droit pénal applicable.
- Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou à des sports réputés dangereux tels que le saut à ski, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, les sports extrêmes et les tentatives de records ;
- Résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou résultant de la pratique, en tant que pilote ou passager, de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- Résultant de voyages aériens dont l'objectif du vol est la participation à une activité de construction, la photographie, la publicité aérienne, les vols liés au tournage ou à la production d'émissions télévisées ou de cinéma, des vols à destination de plates-formes offshore, les vols en aéroclubs.
- Que l'Assuré peut subir en tant que passager d'une Entreprise de transport aérien dont le pilote ne possède pas les certificats, licences ou autorisations nécessaires.

- Du aux effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes ;
- Résultant d'une Agression, d'un Acte de terrorisme, de Sabotage ou d'un Attentat dont l'Assuré serait victime, s'il est prouvé qu'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements ;
- Provoqué par la Guerre Etrangère ou Guerre Civile. Les assurés qui seraient surpris par la survenance de tels événements, dans le Pays de leur Détachement ou d'Expatriation, sont tenus de quitter le lieu des hostilités dès que possible. Les garanties leur restent acquises jusqu'à leur retour dans leur Pays d'origine ou de nationalité et pendant un maximum de quatorze (14) jours à compter du jour de survenance des hostilités. L'Assuré qui se rend dans un Pays de Détachement ou d'Expatriation où des tensions sont déjà constatées ne bénéficie pas de cette dérogation.

D. Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- A la date de résiliation du contrat d'assurance groupe souscrit par ASFE auprès de Chubb European Group SE ,
- A la date à laquelle l'Assuré cesse de faire partie du groupe assuré,
- A l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré aura atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.
- A la date à laquelle l'Assuré n'a plus le statut de Détaché ou d'Expatrié. Les garanties cessent trente (30) jours après le retour définitif de l'Assuré dans son pays d'origine ou de nationalité.

Titre II – Garanties

1. Assistance aux Personnes

La mise en œuvre des prestations d'assistance est confiée à Europ Assistance

Les services de Europ Assistance, disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre (24/24h), doivent être impérativement contactés préalablement à l'organisation de toute assistance.

Dans tous les cas, il faut indiquer à Europ Assistance : le nom et le prénom de l'Assuré, la nature de l'affection ou de l'accident, le numéro de téléphone où l'Assuré peut être joint, l'adresse exacte dans le pays d'expatriation ainsi que le numéro du Contrat Chubb.

1.1. Transport médical d'urgence

Europ Assistance se réserve le droit absolu de décider si les Conditions médicales de l'Assuré sont suffisamment graves pour justifier le transport médical d'urgence.

Sur avis de ses autorités médicales, Europ Assistance organise, met en œuvre et prend en charge le transport de l'Assuré vers le centre médical ou l'Etablissement hospitalier le plus proche où les soins médicaux adéquats sont accessibles.

Europ Assistance se réserve, en outre, le droit de décider du lieu où l'Assuré va être transporté et des moyens ou méthodes pour ce faire, compte-tenu de tous les faits et circonstances existants, connus par Europ Assistance au moment de l'Événement.

Ce transport médical d'urgence se fait soit par avion sanitaire spécial, soit par avion de lignes régulières, soit par train, soit par bateau, soit par ambulance.

Europ Assistance se réserve le droit d'utiliser les titres de transport initialement prévus pour le retour de l'Assuré.

Seules les autorités médicales de Europ Assistance sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation. Les réservations sont faites par Europ Assistance.

1.2. Rapatriement vers le Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré

Lorsque l'Assuré est en état de quitter l'Etablissement hospitalier, Europ Assistance organise et prend en charge le rapatriement de l'Assuré vers son domicile dans son Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation.

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Europ Assistance.

1.3. Rapatriement vers le Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré

Lorsque l'Assuré est en état de quitter l'Etablissement hospitalier, Europ Assistance organise et prend en charge le rapatriement de l'Assuré soit vers son Pays d'origine, soit vers son Pays de nationalité.

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Europ Assistance.

1.4. Retour d'un accompagnant bénéficiaire en cas de rapatriement de l'Assuré

Europ Assistance organise et prend en charge le retour d'un accompagnant bénéficiaire en cas de rapatriement de l'Assuré vers son Pays d'origine ou de nationalité dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour ne peuvent plus être utilisés du fait de ce rapatriement.

Le rapatriement ainsi que les moyens les mieux adaptés sont décidés et choisis par Europ Assistance.

1.5. Accompagnement des enfants

Lorsque l'Assuré est malade ou blessé(e) et qu'il se trouve dans l'impossibilité de s'occuper de ses enfants assurés de moins de 18 ans vivant avec lui, Europ Assistance organise et prend en charge le voyage aller-retour par train 1^{re} classe ou avion classe économique depuis le Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation ou depuis le pays d'origine de l'Assuré, d'une personne choisi par l'Assuré ou d'une hôtesse afin de ramener les enfants de l'Assuré jusqu'à son lieu de résidence dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation ou au domicile d'une personne désignée par l'Assuré dans le pays d'origine de l'Assuré par train 1^{re} classe ou par avion classe économique.

Les billets des enfants restent à la charge de l'Assuré.

Europ Assistance prend en charge également les frais d'hôtel de la personne (chambre et petit-déjeuner), à concurrence de 150 euros par nuit et pour 2 nuits maximum.

1.6. **Prolongation de séjour de l'Assuré ou d'un accompagnant assuré**

Si l'Assuré est hospitalisé(e) hors de son Pays d'origine et que Europ Assistance juge à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Hospitalisation est nécessaire au-delà de la date initiale de retour de l'Assuré dans son Pays d'origine, Europ Assistance prend en charge les frais d'hébergement d'un accompagnant assuré, **à concurrence de 150 euros par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros**, afin qu'il reste auprès de l'Assuré jusqu'à ce que l'Assuré soit en état de revenir dans son Pays d'origine.

Si l'Assuré est Immobilisé hors de son Pays d'origine et dans l'obligation de prolonger son séjour sur place au-delà de la date initiale de retour prévue dans son Pays d'origine et que Europ Assistance juge à partir des informations communiquées par les médecins locaux que l'état de santé de l'Assuré ne nécessite pas son Hospitalisation, Europ Assistance prend en charge les frais de prolongation de séjour de l'Assuré **à concurrence de 150 euros par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros**.

La prise en charge cesse à compter du jour où Europ Assistance juge, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que l'Assuré est en mesure de rentrer dans son Pays d'origine.

1.7. **Présence d'un proche auprès de l'Assuré hospitalisé plus de 5 jours**

Si l'Assuré est hospitalisé plus de cinq jours et si son état empêche le rapatriement vers son Pays d'origine, Europ Assistance met à la disposition d'un (1) membre de sa Famille, un billet aller/retour d'avion (classe économique) ou de train, afin qu'ils se rendent à son chevet, ceci uniquement au départ du Pays d'origine de l'Assuré.

Europ Assistance organise le séjour à l'hôtel de cette personne et prend en charge les frais d'hébergement réellement exposés, sur présentation des justificatifs originaux, jusqu'à un maximum de Cent Cinquante Euros (150€) par jour sans pouvoir excéder une somme globale et totale de Mille Cinq Cent Euros (1.500€).

Il est précisé que la prise en charge concerne strictement et uniquement les frais de location de la chambre d'hôtel, à l'exception de tout autre frais.

1.8. **Retour de l'Assuré dans son Pays de Détachement ou d'Expatriation**

Si après le rapatriement d'un Assuré vers son Pays d'origine suite à une Maladie ou à un Accident garanti, et si son état de santé est consolidé, Europ Assistance met à sa disposition, dans les deux mois suivant son rapatriement, un billet d'avion (classe économique) ou de train pour lui permettre de retourner vers son Pays de Détachement ou d'Expatriation.

1.9. **Assistance au retour au domicile après rapatriement (france uniquement)**

• **Garde d'enfants**

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours et/ou d'Hospitalisation de plus de 8 jours, Europ Assistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- Soit la garde de l'enfant malade de moins de 18 ans à son domicile à concurrence de 20 heures maximum par une personne compétente recherchée par Europ Assistance. La personne envoyée au domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum ;

- Soit la prise en charge d'un déplacement aller/retour des enfants de l'Assuré pour se rendre chez un proche désigné par l'Assuré, résidant en France métropolitaine. Ils seront accompagnés par une hôtesse mandatée par Europ Assistance.

• **Aide-ménagère**

Europ Assistance organise la mise à disposition d'une aide-ménagère, pour effectuer les travaux ménagers au domicile de l'Assuré, soit dès son retour de l'hôpital, soit dès la date de son Hospitalisation, soit durant son immobilisation au domicile.

Europ Assistance prend en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 10 heures, réparties à la convenance de l'Assuré pendant le mois qui suit la date de son Hospitalisation ou de son retour à domicile ou pendant son immobilisation au domicile (minimum de 2 heures à la fois).

À défaut de la présentation des justificatifs (attestation d'hospitalisation, certificat médical), Europ Assistance se réserve le droit de refacturer l'Assuré de l'intégralité de la prestation.

• **Garde d'animaux**

Europ Assistance organise le transport des animaux de compagnie (chien ou chat) de l'Assuré jusqu'à un établissement de garde approprié proche de son domicile ou jusqu'à la destination de son choix située en France et à moins de 50 km de son lieu d'Hospitalisation.

Europ Assistance prend en charge le transport des animaux de l'Assuré ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde **à concurrence de 155 euros** pendant la durée de son séjour à l'hôpital ou pendant son immobilisation au domicile.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, caution éventuelle, etc.).

Cette prestation ne peut être fournie que si l'Assuré, ou une personne autorisée par lui, peut accueillir le prestataire choisi afin de lui confier les animaux.

- **Confort hospitalier**

Si l'Assuré est hospitalisé(e) dans les conditions visées ci-dessus, Europ Assistance prend en charge les frais de location d'un téléviseur **à concurrence de 80 euros** pour la durée de son séjour à l'hôpital.

1.10. **Rapatriement du corps en cas de décès**

En cas de décès d'un Assuré, Europ Assistance prend en charge et organise le transport du corps de l'Assuré jusqu'à son Pays d'origine ou de nationalité. La prise en charge du cercueil est limitée à **Deux Mille (2.000 €) Euros**. Ce service s'appliquera également au transport du corps ayant été temporairement enseveli conformément aux pratiques et aux exigences locales, afin d'être de nouveau enseveli ou incinéré dans le Pays d'origine ou de nationalité.

Les frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie, sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale, ne sont pas pris en charge par Europ Assistance.

1.11. **Accompagnement du défunt**

Europ Assistance organise, le cas échéant, et prend en charge le retour d'un accompagnant assuré jusqu'au lieu des obsèques par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

1.12. **Reconnaissance de corps et formalités décès**

Si à la suite du décès d'un Assuré non accompagné, il s'avère que la présence d'un membre de sa Famille est nécessaire pour reconnaître le corps et/ou participer aux formalités de rapatriement ou d'incinération, Europ Assistance met à disposition de Deux (2) membres de la Famille un billet d'avion (classe économique) ou de train, aller-retour, pour chacun leur permettre de se rendre sur le lieu où se trouve le défunt.

Europ Assistance prend en charge les frais de séjour plafonnés à un montant maximum de Cents Cinquante Euros (150€) par personne et par jour sur une période maximum de Deux (2) jours.

1.13. **Retour d'urgence de l'Assuré à la suite du décès ou d'une maladie grave d'un Parent proche**

Si l'Assuré doit quitter son Pays de Détachement ou d'Expatriation :

- En raison du décès d'un Parent proche, Europ Assistance prend en charge un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste) depuis le Pays de Détachement ou d'Expatriation jusqu'au lieu d'inhumation dans le monde entier.
Si le Conjoint et le ou les enfant(s) de l'Assuré sont désignés au Certificat d'adhésion du contrat, la même prestation leur est accordée.
- En cas de maladie affectant son conjoint ou concubin, des ascendants ou descendants au 1^{er} degré, et à cette double condition :
 - Il s'agit d'un événement imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de Europ Assistance après contact avec le médecin traitant le patient,
 - cet événement exige la présence de l'Assuré de manière urgente et impérative.

Europ Assistance met à sa disposition et prend en charge un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste) depuis le Pays de Détachement ou d'Expatriation jusqu'au chevet du malade dans le monde entier.

Si le Conjoint et le ou les enfant(s) de l'Assuré sont désignés au Certificat d'adhésion du contrat, la même prestation leur est accordée.

Cette prestation ne pourra être mise en place qu'une seule fois par année pour le même événement.

1.14. **Avance de la caution pénale et avance et prise en charge des honoraires d'avocat (étranger uniquement)**

Si l'Assuré est à l'Etranger et s'il est incarcéré ou menacé de l'être, Europ Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de 15 000 euros. L'Assuré s'engage à rembourser Europ Assistance de cette avance dans un délai de 30 jours après réception de la facture ou aussitôt que la caution pénale aura été restituée à l'Assuré par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

En cas de défaut de comparution devant le tribunal, la restitution de l'avance de la caution pénale que l'Assuré n'aura pas pu récupérer du fait de sa non-présentation, devient immédiatement exigible. La mise en oeuvre de l'avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de sommes dues.

De plus, lorsqu'une action judiciaire est engagée contre l'Assuré, Europ Assistance avance et prend en charge, sur justificatifs, les frais d'avocat que l'Assuré a été amené(e) à engager sur place à concurrence de 3 000 euros, à condition que les faits reprochés ne soient pas, dans la législation du pays, passibles de sanctions pénales. La demande de prise en charge devra être accompagnée de la décision de justice devenue exécutoire.

Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées dans le Pays d'origine ou le Pays de nationalité de l'Assuré, par suite d'un accident de la route survenu à l'Etranger.

1.15. Frais de recherche et de secours

Europ Assistance prend en charge les frais de recherche et de secours engagés pour localiser l'Assuré à la suite d'un événement survenu hors de son Pays d'origine, à concurrence de 15 000 euros par personne ou par événement.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas Europ Assistance ne sera tenu à l'organisation des secours.

L'Assuré (ou ses ayants droits) doit nous faire parvenir :

- la déclaration de sinistre circonstanciée,
- la facture acquittée émise par l'organisme ayant procédé à l'intervention, et mentionnant la date, la nature et les motifs de l'intervention,
- le certificat médical, le constat des autorités de police, ou le certificat de décès suivant le cas.

1.16. Retour anticipé en cas de sinistre au domicile de l'Assuré

L'Assuré apprend la survenance d'un Sinistre à son domicile dans son Pays de résidence ou dans son Pays d'origine et sa présence sur place est indispensable pour y effectuer des démarches administratives. Europ Assistance organise et prend en charge le voyage retour de l'Assuré à son domicile, par train 1re classe ou avion classe économique, et si besoin de son Pays de Détachement ou d'Expatriation jusqu'au domicile dans le Pays d'origine de l'Assuré.

A défaut de présentation de justificatifs (déclaration de sinistre auprès de l'assureur, rapport d'expertise, procès-verbal de plainte, etc.) dans un délai maximal de 30 jours suivant le sinistre, Europ Assistance se réserve le droit de facturer à l'Assuré l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est étendue au Local professionnel dans le cas où l'Assuré est le dirigeant de l'entreprise.

1.17. Retour anticipé ou transport vers une zone sécurisée en cas d'Attentat ou de Catastrophe naturelle

Un Attentat ou une Catastrophe naturelle survient dans un rayon maximal de 100 km autour du lieu où l'Assuré séjourne dans son Pays de Détachement ou d'Expatriation. L'Assuré n'est pas blessé(e), mais souhaite écourter sa présence dans son Pays de Détachement ou d'Expatriation. Europ Assistance organise et prend en charge le voyage par train 1re classe ou avion classe économique du Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré soit jusqu'à son Pays d'origine, soit jusqu'à une zone sécurisée, si les conditions d'accueil et de sécurité y sont jugées satisfaisantes. La demande de retour anticipé doit être formulée dans un délai maximal de 72 heures suivant la survenance de l'Attentat ou de la Catastrophe naturelle.

Si l'Assuré opte pour le transport vers une zone sécurisée, Europ Assistance organise et prend aussi en charge le voyage retour vers le Pays de Détachement ou d'Expatriation lorsque ce dernier est redevenu plus sûr, sous réserve que cette demande soit mise en oeuvre dans un délai maximal de 15 jours suivant l'Attentat ou la Catastrophe naturelle.

Par zone sécurisée, on entend la partie du territoire définie par les autorités du Pays de Détachement ou d'Expatriation, ou définie par les services diplomatiques de votre Pays d'origine, située dans un rayon de 100 km autour du lieu où séjourne l'Assuré.

1.18. Envoi de médicaments à l'étranger

L'Assuré est hors de son Pays d'origine et ses médicaments indispensables à la poursuite de son traitement et dont l'interruption lui fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour sa santé, sont perdus ou volés, Europ Assistance recherche des médicaments équivalents sur place et organise une visite médicale avec un médecin local qui pourra les prescrire à l'Assuré. Les frais médicaux et de médicaments restent à la charge de l'Assuré.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, Europ Assistance organise à partir de la France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par le médecin traitant de l'Assuré sous réserve que ce dernier adresse aux médecins d'Europ Assistance un duplicata de l'ordonnance remise à l'Assuré et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Europ Assistance prend en charge les frais d'expédition et refacture à l'Assuré les frais de douane et le coût d'achat des médicaments que l'Assuré s'engage à rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que nous utilisons. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Europ Assistance dégage toute responsabilité pour les pertes, stabilité pour les pertes des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

1.19. Assistance en cas de vol, perte ou destruction de vos documents d'identité ou de vos moyens de paiement

- **Informations sur les démarches**

Si l'Assuré perd ou se fait voler ses documents d'identité. Tous les jours, de 8 h 00 à 19 h 30 (heures françaises) sauf les dimanches et les jours fériés, sur simple appel vers le service «Informations» au 01 41 85 87 45, Europ Assistance vous informe quant aux démarches à accomplir (dépôt de plainte, renouvellement des documents d'identité, etc.).

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31/12/71. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas Europ Assistance orientera l'Assuré vers des organismes ou catégories de professionnels susceptibles de lui répondre. Europ Assistance ne peut en aucun cas être tenue responsable ni de l'interprétation ni de l'utilisation que l'Assuré pourra faire des informations communiquées.

- **Mise à disposition de fonds**

En cas de perte ou de vol des moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales, Europ Assistance fait parvenir à l'Assuré, une avance de fonds jusqu'à concurrence de 2 300 euros afin qu'il puisse faire face à ses dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
- soit du versement par l'établissement bancaire, dans lequel l'Assuré est détenteur d'un compte bancaire, de la somme correspondante.

L'Assuré signera un reçu lors de la remise des fonds.

- **Prolongation de séjour**

L'Assuré perd ou se fait voler ses documents d'identité hors de son Pays d'origine et est dans l'impossibilité de quitter le territoire du pays où il se trouve à la date initiale de retour. Europ Assistance prend en charge les frais d'hébergement, jusqu'à la date à laquelle l'Assuré obtient la délivrance de nouveaux documents d'identité et dans tous les cas, à concurrence de 150 euros par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros.

Par frais d'hébergement, on entend ici les frais d'hôtel consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion des frais de restauration et de boissons. L'Assuré devra joindre à sa demande les justificatifs originaux relatifs aux frais d'hébergement réellement engagés ainsi que la déclaration de perte ou le dépôt de plainte en cas de vol.

1.20. Exclusions spécifiques à la prestation « Assistance aux Personnes »

Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, Europ Assistance ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :

- Ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;
- Ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;
- N'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'Événement tels que Emeute, Guerre Civile, Guerre Etrangère, Mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;

- N'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne en tant que détaché ou expatrié ;
- Les Evénements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;
- Les conséquences des maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;

2. Assistance psychologique

En cas d'Accident (y compris à bord d'un véhicule), d'Aggression ou de tentative d'Aggression, de décès d'un Membre de votre famille, d'Attentat ou de Catastrophe naturelle, entraînant un traumatisme psychologique, Europ Assistance mets à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. L'(les) entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté(e) suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du Code de Déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Europ Assistance assure l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

Il est précisé que ces entretiens téléphoniques ne se déroulent qu'en langue française et que le coût des communications téléphoniques reste à votre charge.

3. Incident de voyage

3.1. Objet de la garantie

Suite à un retard à l'arrivée de l'avion lors du voyage aller ou retour de l'Assuré vers ou depuis le Pays de Détachement ou d'Expatriation de plus de 4 heures, par rapport à l'heure initialement prévue et entraînant une rupture de correspondance, L'Assureur verse à l'Assuré une indemnité forfaitaire de 300€.

Cette garantie est valable sur :

- Les vols réguliers des compagnies aériennes aller/ ou retour dont les horaires sont publiés,
- Les vols charters aller et/ou retour dont les horaires sont indiqués sur le billet d'avion aller.

Pour le calcul de l'indemnité, les heures de retard du vol aller ne s'additionnent pas avec les heures de retard du vol retour, elles ne concernent qu'un trajet simple. Cependant, la garantie peut jouer sur le vol aller et sur le vol retour, si pour chaque trajet le retard est supérieur à 4 heures et entraîne une rupture de correspondance. La garantie prend effet à la date et l'heure indiquées sur le billet d'avion et expire dès l'arrivée à l'aéroport de destination.

Cette garantie ne s'applique pas si vous êtes transféré(e) sur une autre compagnie dans les horaires initialement prévus.

3.2. Exclusions de la garantie Incident de voyage

Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, sont formellement exclus de la garantie « Incident de voyage » :

- la guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, grèves, actes de terrorisme, prise d'otage ou de sabotage, manifestation quelconque de la radioactivité, tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant dans le pays de départ, de transfert et de destination,
- tout évènement mettant en péril la sécurité de votre voyage dès lors que votre destination est déconseillée par le Ministère des Affaires étrangères français,
- une décision des autorités aéroportuaires, des autorités de l'aviation civile ou de toute autre autorité en ayant fait l'annonce 24 heures avant la date de départ de votre voyage,
- les évènements survenus entre la date de réservation de votre voyage et la date de souscription du présent contrat,

- le manquement du vol sur lequel votre réservation était confirmée quelle qu'en soit la raison,
- la non-admission à bord consécutive au non-respect de l'heure limite d'enregistrement des bagages et/ou présentation à l'embarquement.

4. Bagages et effets personnels

4.1. Objet de la garantie

- **Vol, Destruction total ou partielle et Perte des bagages, objets et effets personnels**

L'Assureur garantit, à concurrence de 2 000 euros, les bagages, objets et effets personnels que l'Assuré a emporté avec lui lors de son séjour hors de son Pays d'origine, contre :

- le vol,
- la destruction totale ou partielle,
- la perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport.

Limitation de remboursement pour certains objets

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, portables informatiques, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50 % du montant d'assurance garanti. En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.

Si l'Assuré utilise une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.

Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7 h 00 et 22 h 00 (heures locales).

- **Retard de livraison de bagages**

Lors d'un voyage, dans le cas où les bagages personnels de l'Assuré enregistrés auprès de la compagnie aérienne qui l'a transporté ne lui seraient pas remis à l'aéroport de destination de son voyage aller et s'ils lui sont restitués avec plus de 12 heures de retard, l'Assuré percevra une indemnité forfaitaire de 300 euros, afin de participer au remboursement des frais qu'il a engagés lors de l'achat d'effets de première nécessité.

Cette indemnité ne se cumule pas avec la garantie principale de 2 000 euros.

- **Vol de vos pièces d'identité**

Dans le cas où le passeport, la carte d'identité (ou de séjour), la carte grise ou le permis de conduire de l'Assuré lui auraient été volés lors de son séjour hors de son Pays d'origine, l'Assureur rembourse à l'Assuré les frais de reconstitution de ces documents, sur présentation des justificatifs, à concurrence de 150 euros.

4.2. Montant de la garantie

Le montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties constitue le maximum de remboursement pour tous les Sinistres survenus pendant la période de garantie.

Une Franchise (uniquement pour les dommages aux bagages : valises, sacs, etc.) de 25 euros sera retenue par Sinistre.

4.3. Calcul de l'indemnité

L'Assuré sera indemnisé(e) sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Vétusté, Usure et Franchise déduites. En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances.

4.4. Exclusions de la garantie Bagages et effets personnels

Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, sont formellement exclus de la garantie « Bagages et effets personnels » :

- le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes,
- l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,

- le vol sans effraction dûment constaté et verbalisé par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.),
- le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,
- les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages,
- la confiscation des biens par les autorités (douane, police),
- les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,
- le vol commis dans une voiture décapotable et/ou break ou autre véhicule ne comportant pas un coffre ; la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule,
- les collections, échantillons professionnels,
- le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, titre de transport et cartes de crédit,
- le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,
- le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,
- les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clés de toute sorte (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel (autre que les portables informatiques), les téléphones portables, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre expatriation.

5. Accidents corporels

5.1. Décès accidentel

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et décède de ses suites dans les Vingt-Quatre (24) Mois de sa survenance, l'Assureur verse au Bénéficiaire les sommes indiquées au tableau des garanties.

Ce capital est majoré forfaitairement de 5 000€ par enfant de moins de 25 ans fiscalement à charge de l'Assuré.

Ce capital est majoré forfaitairement de 50% en cas de Décès Accidentel de l'Assuré consécutif à un Accident aérien garanti. La garantie est acquise à l'Assuré dès qu'il monte à bord de l'appareil et cesse dès qu'il en redescend.

Disparition

Si le corps de l'Assuré n'est pas retrouvé à la suite d'un naufrage, de la disparition ou de la destruction du moyen de transport dans lequel il voyageait, il y a présomption de Décès Accidentel à l'expiration d'un délai de Un (1) An à compter du jour de l'Accident.

La garantie est acquise sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

Cependant, s'il est prouvé, après le versement du capital au Bénéficiaire, à quelque moment que ce soit, que l'Assuré est toujours en vie, la somme versée au titre de la présomption de Décès accidentel est à restituer par le Bénéficiaire, dans son intégralité, à l'Assureur, l'Assuré étant garant de cette restitution.

5.2. Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutives à un Accident

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, l'Assureur verse à l'assuré la somme obtenue en multipliant le montant indiqué au tableau des garanties par le taux d'Invalidité tel que défini dans le Guide du Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique en vigueur à la date de l'Événement générateur.

Si dans un délai de Six (6) Mois après un Accident garanti, la consolidation des blessures de la victime n'est pas intervenue, et si l'Invalidité Permanente dont l'Assuré restera probablement atteinte est au moins égale à Trente Pour-Cent (30%) après expertise par le médecin conseil de l'Assureur, l'Assureur versera à l'Assuré, à sa demande, une avance sur indemnité égale à Dix Pour-Cent (10%) du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente Totale. Cette avance sera déduite du règlement final du Sinistre.

Le taux d'Invalidité est fixé dès qu'il y a Consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de Trois (3) Ans à partir de la date de l'Accident.

Pour les cas d'Invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans ledit barème. L'évaluation des lésions d'un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'Invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Lorsque les conséquences du Sinistre sont aggravées par l'existence d'une Maladie, d'un état physiologique ou par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même Sinistre aurait eues chez une personne de santé normale, n'ayant pas d'Invalidité et ayant suivi un traitement médical approprié. Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même Accident, les taux d'Invalidité se cumulent sans pouvoir excéder Cent Pour-Cent (100%).

Les taux d'Invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle, sociale ou familiale.

En cas de Décès accidentel avant Consolidation définitive de l'Invalidité, le capital prévu en cas de Décès accidentel est versé déduction faite, éventuellement, des sommes versées au titre de l'Invalidité.

Il n'y a pas cumul entre les garanties « Décès Accidentel » et « Invalidité Permanente Totale ou Partielle » consécutives à un Accident lorsqu'elles sont les suites d'un même Evénement.

Demeurent formellement exclus des garanties Décès accidentel & Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un Accident les Sinistres résultant:

- d'un Acte de Terrorisme ou de Sabotage, d'un Attentat, d'une prise d'otage, d'un Enlèvement, d'une Guerre Civile ou d'une Guerre Etrangère survenus dans l'un des pays suivants : Afghanistan, Iraq, Libye, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen, Mali, Nigeria, Tchad, Ukraine.
- d'une Guerre Civile ou Etrangère survenues sur le territoire Français lorsqu'il s'agit du pays de résidence de l'Assuré.

6. Responsabilité Civile « vie privée »

Cette garantie est acquise strictement et uniquement hors du Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré.

Par extension, cette garantie est accordée durant trente (30) jours au maximum :

- par an, lors des séjours ou vacances organisés dans le monde entier
- à compter du premier jour du retour définitif de l'Assuré dans le pays d'origine ou de nationalité.

6.1. Objet de la garantie

L'Assureur garantit l'Assuré et les Membres de sa Famille à la condition expresse que ceux-ci soient désignés aux Certificat d'adhésion du Contrat, contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en vertu de la législation en vigueur ou de la jurisprudence en raison des Dommages corporels, matériels et immatériels Consécutifs causés aux Tiers.

Sont seuls garantis, les Dommages résultant d'un acte de vie privée commis par l'Assuré détaché ou expatrié ou l'un des Membres de sa Famille à la condition expresse qu'il soit désigné aux Certificat d'adhésion du Contrat.

L'Assureur garantit l'Assuré et les Membres de sa Famille, à la condition expresse que ceux-ci soient désignés aux Certificat d'adhésion du Contrat, contre Les conséquences pécuniaires que vous pouvez encourir en votre qualité de locataire d'un bien immobilier (appartement, maison) en raison de tous dommages corporels ou matériels, causés à autrui par un accident, un incendie ou une explosion prenant naissance dans les locaux occupés temporairement pendant le Séjour.

La garantie est mise en jeu dans les conditions suivantes :

- lorsque vous avez occasionné des dommages à un tiers qui met en cause votre responsabilité civile au moyen d'une réclamation,
- et lorsque le fait dommageable est survenu entre la date de 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.

6.2. Montant de la garantie Responsabilité Civile vie privée

Il est fixé à **Quatre Millions d'Euros (4.000.000€)** par Sinistre pour l'ensemble des Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus, plafond ramené à **Un Million Cinq Cent Mille Euros**

(1.500.000 €) par Sinistre pour tous les Dommages survenus ou les Réclamations formulées aux USA ou au Canada (y compris dans leurs territoires ou possessions) avec les sous-limites suivantes :

- Intoxications Alimentaires : **Un Million Cinq Cent Mille Euros (1.500.000€) par Année d'Assurance**
- Dommages Matériels et Immatériels Consécutifs : **Quatre Cent Cinquante Mille Euros (450.000€) par Sinistre**, déduction faite d'une **Franchise par Sinistre de Quatre Vingt Euros (80€)**.
- Dommages au matériel confié pendant un stage : **Douze Mille Euros (12.000€) par Sinistre**, déduction faite d'une **Franchise par Sinistre de Quatre Vingt Euros (80€)**.
- Responsabilité civile locative à l'étranger : **Cent Mille Euros (100.000€) par Sinistre**.

Ce montant forme la limite des engagements de l'Assureur pour l'ensemble des Dommages provenant d'une même cause initiale, quel que soit le nombre des victimes.

Au cas où ces Dommages se manifestent sur plus d'une Année d'assurance, le Sinistre est rattaché à l'Année d'assurance au cours de laquelle le premier des Dommages s'est manifesté.

Ce montant forme la limite des engagements de l'Assureur pour l'ensemble des Sinistres se rattachant à la même Année d'assurance, étant précisé :

- Que les montants de garantie ainsi fixés comprennent les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat ainsi que les frais de procès, et se réduisent et finalement s'épuisent par tout règlement amiable ou judiciaire d'indemnités ou de frais et honoraires.
- Qu'en cas d'épuisement du montant de garantie "par Année d'assurance" avant l'expiration de l'Année d'assurance, la garantie ne peut être reconstituée que pour les Sinistres postérieurs à la souscription d'un avenant constatant l'accord des parties sur ce point et fixant la Cotisation complémentaire en résultant.
- Que le montant de garantie "par Année d'assurance" se reconstitue automatiquement et entièrement le premier jour de chaque Année d'assurance.
- Et que nonobstant les présentes stipulations, il n'est pas dérogé à la faculté de résiliation que les parties détiennent de la loi ou du Contrat.

6.3. Exclusions de la garantie Responsabilité Civile vie privée

Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, sont formellement exclus de la Responsabilité Civile « vie privée » :

- Les Dommages occasionnés par l'Assuré dans le Pays de son Domicile ;
- Les Dommages causés par l'amiante (y compris par les fibres ou poussières d'amiante), le plomb (y compris par les particules contenant du plomb), les moisissures toxiques ou contaminations fongiques et les Dommages de pollution aux USA/Canada ;
- Les Dommages survenus lors de l'utilisation d'automobile ou d'engin à moteur, d'embarcation à voile ou à moteur, d'aéronef, d'animaux de selle dont l'Assuré ou les personnes dont il est civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;
- Les Dommages matériels résultant d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux s'ils sont survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire ou occupant ou locataire, étant toutefois précisé que demeurent couverts ceux de ces Dommages survenus dans une chambre d'hôtel louée par l'Assuré ou par l'Entreprise souscriptrice ou dans les locaux occupés temporairement par l'Assuré pendant la durée du contrat, et ce, à la condition expresse que l'Assuré n'y élise pas son domicile ;
- Les Dommages immatériels non consécutifs ;
- Les sports dangereux : alpinisme, spéléologie, boxe, polo, karaté, football américain, parachutisme, pilotage d'avion, vol à voile, deltaplane, saut à l'élastique, ULM, plongée sous-marine avec appareil autonome ;
- Toutes conséquences d'engagements contractuels pris par l'Assuré dans la mesure où les obligations qui en résulteraient excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun ;
- Les Dommages occasionnés par l'Assuré au cours du fait de la chasse ;
- Les indemnités judiciaires à caractère de peine, habituellement connues sous le nom de "Punitive" ou "Exemplary Damages" et généralement définies comme des indemnités venant en complément de la réparation du préjudice réel, qui peuvent être allouées aux victimes par les tribunaux des USA ou du Canada, lorsqu'ils considèrent que l'auteur du Dommage a eu un

comportement "antisocial" ou "plus que négligent" ou encore "en méconnaissance volontaire de ses conséquences".

- Les Dommages causés ou subis par tout véhicule terrestre à moteur soumis ou non à l'obligation d'assurance automobile (y compris remorque, attelage ou semi-remorque) lorsque l'Assuré en a la propriété, la conduite ou la garde. Il est entendu que cette exclusion s'applique également aux dommages causés par l'utilisation de microtracteurs, motoculteurs, tondeuses à gazon autoportées, véhicules jouet de toute cylindrée et tout Engin de déplacement personnel.

Sont également exclus les Dommages :

- Causés aux biens, y compris aux animaux, dont l'Assuré a la conduite, la garde ou l'usage, même lorsqu'ils lui sont confiés dans le cadre d'une activité bénévole ;
- Résultant d'une activité professionnelle ou rémunérée de l'Assuré ainsi que de fonctions publiques ou syndicales ;
- Causés aux biens, objets, produits ou animaux vendus par l'Assuré ;
- Résultant de tout Acte de Terrorisme ou de Sabotage, Attentat, Emeute ou Mouvement populaire ;
- Résultant d'une pollution non accidentelle ;
- Causés par les chevaux ou autres équins, par les chiens de la catégorie 1 ou 2, telle que définie à l'article 211-1 du Code Rural, par les animaux sauvages ;
- Toutes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile incombant à l'Assuré en sa qualité d'employeur à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle atteignant l'un de ses Préposés dans l'exercice de ses fonctions ;
- Les Dommages qui résultent de la gestion sociale de l'Assuré à l'égard de ses Préposés ou ex-préposés, des candidats à l'embauche, de leurs ayants droit et des partenaires sociaux ;
- Les Dommages occasionnés par l'Assuré dans tous les pays autres que celui de son détachement ou de son expatriation ou de son pays d'origine ou de résidence.

6.4. Limite d'engagement dans le temps

La garantie déclenchée par le Fait dommageable 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, et ce, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du Sinistre.

6.5. Défense Pénale et Recours

La mise en oeuvre de cette garantie est confiée au :

**GIE CIVIS, 90, avenue de Flandre, 75019 Paris,
Téléphone 01 53 26 25 25**

lequel est mandaté par Chubb European Group SE, pour délivrer les prestations garanties.

a) *Objet de la garantie*

La présente garantie a pour objet d'apporter à l'Assuré les moyens juridiques et financiers qui sont nécessaires :

1. Pour réclamer amiablement, et au besoin, judiciairement, la réparation pécuniaire des Dommages subis par l'Assuré à la triple condition :
 - Qu'il s'agisse de Dommages garantis, engageant la responsabilité d'une personne physique ou morale n'ayant pas la qualité d'Assuré au titre du présent contrat,
 - Que ces Dommages soient survenus dans des circonstances où la garantie Responsabilité Civile du présent contrat aurait été acquise à l'Assuré s'il en avait été l'auteur au préjudice d'un Tiers,
 - Que ces Dommages soient d'un montant égal ou supérieur au seuil d'intervention de 300 €
2. Pour défendre l'Assuré devant les juridictions répressives et les commissions administratives, s'il est poursuivi pour contravention ou délit à la suite d'un événement couvert par la garantie Responsabilité Civile du présent contrat

b) Prestations garanties

L'Assureur s'engage, sous les conditions de mise en oeuvre précisées au paragraphe d) :

1. A procurer à l'Assuré tous renseignements sur l'étendue de ses droits et la manière de les faire valoir, et à mettre en oeuvre toutes interventions, démarches et moyens juridiques tendant à mettre fin au différend ;
2. A saisir l'avocat désigné par l'Assuré et, à défaut de libre choix, à lui en fournir un :
 - Lorsqu'il faut défendre, représenter ou servir les intérêts de l'Assuré devant une juridiction ou une commission,
 - En cas de conflit d'intérêts, c'est-à-dire si le GIE CIVIS doit simultanément défendre des intérêts liés à ceux de l'adversaire de l'Assuré ;
3. A prendre en charge les honoraires des mandataires (avocat, correspondant, huissier, expert) et tous autres frais nécessaires, dans la mesure où ces frais et honoraires incombent à l'Assuré, pour faire reconnaître ses droits et les faire exécuter, ceci dans les limites suivantes :
 - 30 000€ aux USA
 - 16 000€ Hors USA

c) Etendue géographique de la garantie

La garantie s'exerce hors du Pays d'origine ou de nationalité l'Assuré.

d) Mise en oeuvre de la garantie

1. Déclaration

Tout événement susceptible d'entraîner la mise en jeu de la présente garantie doit être déclaré par écrit au GIE CIVIS.

Attention : sous peine de déchéance et sans préjudice des dispositions du §3, l'Assuré doit, sauf cas fortuit ou de force majeure, faire cette déclaration avant toute saisine d'avocat ou tout engagement d'action judiciaire.

2. Constitution du dossier

L'Assuré doit communiquer, lors de la déclaration, et ultérieurement, dès réception, toutes pièces, informations et éléments de preuve se rapportant au différend, et utiles à la vérification de la garantie, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution. L'Assuré doit notamment fournir tous renseignements permettant d'identifier et de retrouver son adversaire et de chiffrer et de justifier sa Réclamation, ainsi que tous renseignements concernant les autres assurances dont il pourrait éventuellement bénéficier à l'occasion des événements déclarés.

Attention : l'Assuré sera déchu de tout droit à garantie et tenu de rembourser les frais déjà exposés s'il fait sciemment des déclarations inexactes (ne serait-ce qu'en dissimulant certains documents ou renseignements) sur la nature, les causes ou les conséquences du différend ou tout élément concernant la recherche de sa solution.

3. Accord préalable de prise en charge

La conduite du dossier, les saisines de mandataire et les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre l'Assuré et le GIE CIVIS.

En cas de désaccord, l'Assuré peut demander l'arbitrage prévu au e), mais il peut aussi, après en avoir informé le GIE CIVIS par écrit, exercer lui-même l'action contestée. S'il obtient une solution définitive plus favorable, le GIE CIVIS remboursera sur justification et dans les limites de la garantie, les frais qu'il aura exposés et dont le montant n'aura pas été mis à la charge de l'adversaire.

Attention : sous réserve de ce cas particulier, les initiatives que l'Assuré pourrait prendre sans l'accord préalable du GIE CIVIS resteront à sa charge sauf s'il s'agit de mesures conservatoires réellement urgentes pour lesquelles l'Assuré a été dans l'impossibilité de joindre le GIE CIVIS, ne serait-ce que téléphoniquement, et pour autant que ces mesures se révèlent appropriées.

4. Choix et saisine de l'avocat

S'il convient de constituer un avocat, l'Assuré a le droit de le choisir (c'est-à-dire de le désigner au GIE CIVIS).

Lorsque l'Assuré choisit son avocat, il ne doit jamais le saisir directement, mais confier ce soin au GIE CIVIS. Le montant de la prise en charge de l'Assureur est évalué de gré à gré entre le GIE CIVIS et l'Assuré ou, à défaut, comme il est dit au E, en fonction de la nature et des difficultés du dossier.

L'Assureur ne prend pas en charge les frais supplémentaires découlant de l'intervention d'un avocat non territorialement compétent (frais de déplacement, frais de postulation etc.).

Lorsque la prise en charge de l'Assureur est inférieure aux honoraires de l'avocat, ou à l'évaluation qui a pu être faite, l'Assuré peut désigner un autre avocat ou maintenir son choix initial en conservant à sa charge le dépassement d'honoraire.

5. Paiement des sommes et subrogation

Le GIE CIVIS réglera directement les honoraires et frais garantis sans que l'Assuré ait à en faire l'avance, sauf si l'Assuré récupère la taxe sur la valeur ajoutée, auquel cas le GIE CIVIS lui remboursera, sur justificatifs, le montant hors taxes de ces frais et honoraires.

Le GIE CIVIS reversera à l'Assuré les sommes et indemnités obtenues à son profit dans les trente jours de la date à laquelle il les aura lui-même encaissées.

De son côté, il appartient à l'Assuré de verser les consignations, cautions ou provisions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

L'Assureur est subrogé conformément à l'article L. 121-12 du Code dans les droits et actions de l'Assuré contre les Tiers à concurrence des sommes qu'il a réglées.

L'Assuré s'engage à préserver ces droits et, s'il y a lieu, à reverser à l'Assureur les sommes qui auraient été directement perçues à ce titre, notamment celles obtenues au titre de l'article 700 du code de procédure civile ou de tout autre texte équivalent.

e) *Résolution des conflits surgissant entre le GIE CIVIS et l'Assuré*

Sur simple demande de l'Assuré, tout désaccord survenant entre le GIE CIVIS et l'Assuré à propos de la mise en oeuvre de la présente garantie sera soumis par voie de requête conjointe au Président du Tribunal d'Instance du domicile de l'Assuré, ce magistrat statuant en amiable compositeur.

Cette requête conjointe est prise en charge par l'Assureur et n'interdit pas à l'Assuré de recourir à ses frais à tous autres moyens de droit.

Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres

A. Demande d'indemnisation assurance (Accidents corporels, Responsabilité civile, Bagages et Incidents de voyage)

Dès qu'il a connaissance d'un fait susceptible d'engager la garantie du présent Contrat et au plus tard dans les cinq (5) jours ouvrés, l'Assuré doit sous peine de Déchéance de la garantie, sauf cas fortuit ou de force majeure, en aviser l'Assureur par écrit ou verbalement contre récépissé.

Le paiement des indemnités ou capitaux est effectué par l'Assureur exclusivement sur un compte bancaire domicilié dans un pays de l'Union européenne et en Euros.

La déclaration de Sinistre doit être adressée, en utilisant l'un des moyens suivants :

Par courrier :

Chubb European Group SE
Service Indemnisations
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France

Pour les sinistres Accidents corporels, Bagages et Incident de voyage:

- En ligne (le plus simple et le plus rapide) : <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>
- Ou Par mail : AHDeclaration@chubb.com

Par mail pour les sinistres Responsabilité civile : France.DeclarationsRC@Chubb.com

Tous les documents médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel « A l'attention du médecin conseil »

B. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes

Pour que les prestations d'assistance soient mises en œuvre, l'Assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat prendre contact avec **Europ Assistance** en précisant le numéro du Contrat Chubb FRBOPA70811, son propre nom et prénom :

Europ Assistance
Téléphone : +33 1 41 85 90 15
Mail : msh@ea-gcs.com

C. Déchéance commune à toutes les garanties

- Aucune indemnité n'est due pour tout Sinistre déclaré à l'Assureur, plus de cinq (5) jours ouvrés après sa survenance, lorsque ce retard cause un préjudice quelconque à l'Assureur ;
- L'Adhérent ou l'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le Sinistre en cause ;

- **Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. L'Assuré perd tout droit à garantie en cas de non-respect de cet engagement de limiter l'étendue du Sinistre ;**
- **Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de la garantie.**

D. Documents à fournir

1. Pour toutes les garanties

- Le numéro du Contrat.
- La déclaration circonstanciée de sinistre
- Les justificatifs à l'appui de la demande en fonction de la garantie
- Le RIB/IBAN de l'Assuré

2. Pour les garanties Décès Accidentel et Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un Accident

La déclaration doit comprendre :

- La déclaration écrite précisant les circonstances de l'Accident, le nom des témoins et, éventuellement, l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal est dressé ainsi que le numéro de rapport de police ou de gendarmerie établi suite à l'Accident.
- Sur demande du médecin de l'Assureur, le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins et décrivant les blessures.
- Les actes de naissance des Enfants à Charge ainsi que la copie de la déclaration fiscale prouvant qu'ils sont à la charge de l'Assuré.
- L'acte de décès.
- Les pièces établissant la qualité du Bénéficiaire en cas de Décès Accidentel, le nom et l'adresse du notaire chargé de la succession.

3. Pour la garantie responsabilité civile « vie privée »

Dès qu'il a connaissance d'un fait susceptible d'engager la garantie du présent Contrat et au plus tard dans les cinq (5) jours, l'Assuré doit sous peine de Déchéance de la garantie, 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 le droit à une indemnité proportionnelle aux Dommages que cette inexécution pourrait lui causer.

4. Pour la garantie Incident de voyage

Pour que les remboursements soient effectués, l'Assuré doit obligatoirement :

- compléter et/ou faire tamponner une déclaration de retard auprès d'une personne compétente de la compagnie aérienne sur laquelle il voyage ou auprès d'une personne compétente de l'aéroport,
- transmettre à l'Assureur, dès son retour et au plus tard dans les 5 jours suivants, la déclaration de retard dûment complétée, la photocopie de son billet d'avion, la facture d'achat du billet garanti et le talon de la carte d'embarquement.

5. **Pour la garantie Bagages et effets personnels**

La déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

- le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte,
- les bulletins de réserve auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque les bagages ou objets se sont égarés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur,
- le ticket d'enregistrement du bagage livré avec retard par la compagnie de transport et le justificatif de la livraison tardive.

En cas de non présentation de ces documents l'Assureur sera en droit de réclamer à l'Assuré une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour lui. Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels l'Assuré demande indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

L'Assuré est tenu(e) de justifier, par tout moyen en son pouvoir et par tout document en sa possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages. Pour les matériels professionnels, notamment les portables informatiques, il pourra être demandé à la société dont vous dépendez d'attester de la valeur et du transport de ces éléments avec l'Assuré lors de son départ en voyage.

Si l'Assuré a parallèlement effectué une demande d'indemnisation auprès du transporteur, l'Assuré doit en aviser l'Assureur lors de la déclaration de sinistre.

Déchéance de garantie pour déclaration frauduleuse :

Si sciemment, l'Assuré utilise comme justificatifs, des documents inexacts ou use de moyens frauduleux ou fait des déclarations inexacts ou réticentes, l'Assuré sera déchu(e) de tout droit à indemnité.

Si l'Assuré récupère tout ou partie des objets volés couverts par une garantie bagages

L'Assuré doit en aviser immédiatement l'Assureur par lettre recommandée dès qu'il en est informé(e).

- Si l'Assureur n'a pas encore réglé l'indemnité, l'Assuré doit reprendre possession des objets, l'Assureur ne sera alors tenu qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.
- Si l'Assureur a déjà indemnisé, l'Assuré peut opter dans un délai de 15 jours :
 - soit pour le délaissement,
 - soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.

Si l'Assuré n'a pas choisi dans un délai de 15 jours, l'Assureur considère que l'Assuré opte pour le délaissement.

Titre IV – Obligations de l'Adhérent

A. Déclaration du risque à la souscription du contrat

L'Adhérent doit déclarer exactement tous les éléments qu'il connaît et qui peuvent permettre à l'Assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge et qui sont spécifiés aux Conditions particulières du Contrat.

B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer à l'Assureur toute aggravation des éléments d'appréciation du risque pris en charge par l'Assureur.

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque telle que si le nouvel état de fait avait existé lors de la souscription du Contrat, l'Assureur ne se serait pas engagé ou ne l'aurait fait que moyennant une Cotisation plus élevée, l'Assureur peut proposer une nouvelle Cotisation.

Si l'Adhérent refuse cette nouvelle Cotisation, l'Assureur peut résilier le Contrat moyennant un préavis de dix (10) jours.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments 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, par la nullité du Contrat ;**
- **Si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.**

En cas de non-respect des obligations relevant de la Déclaration du Risque à la Souscription du Contrat et de la Déclaration des Modifications apportées au Risque en cours de Contrat, l'Adhérent peut se voir opposer la Déchéance.

C. Paiement de la cotisation

La Cotisation ou, dans le cas de paiement fractionné, les fractions de Cotisations et les frais de dossier dont le montant est stipulé aux Conditions particulières ainsi que les taxes, sont payables d'avance aux dates convenues.

A défaut de paiement d'une Cotisation, ou d'une fraction de Cotisation, dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du Contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure de l'Adhérent.

Si la Cotisation annuelle est payable en plusieurs fractions, le non-paiement d'une fraction de Cotisation à l'échéance fixée entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de Cotisation restant dues au titre de l'Année d'assurance en cours.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné au deuxième alinéa du présent paragraphe.

Le Contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la Cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la Cotisation annuelle, les fractions de Cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Titre V – Résiliation du contrat

Le Contrat peut être résilié :

1. **Par l'Adhérent**

L'Adhérent peut résilier le Contrat à tout moment un an après avoir souscrit son contrat moyennant un préavis de un (1) mois.

Et, par application de l'Article L. 113-4 du Code des Assurances :

En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans le Contrat si l'Assureur refuse de réduire la Cotisation d'assurance en conséquence dans un délai de dix (10) jours à compter de la réclamation faite par l'Adhérent par lettre recommandée.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

En cas de majoration tarifaire, l'Adhérent peut résilier son Contrat dans les quinze (15) jours qui suivent la date où elle a eu connaissance de cette majoration.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

2. **Par l'Assureur**

En cas de non-paiement des Cotisations dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-3 du Code des assurances).

En cas d'aggravation du risque si l'Adhérent n'accepte pas le nouveau taux de Cotisation proposé par l'Assureur dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-4 du Code des Assurances).

En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de Contrat (Article L. 113-9 du Code des assurances).

3. **De plein droit**

En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur, dans les conditions de l'Article L. 326-12 du Code des assurances.

4. **Formalités de résiliation**

La résiliation du Contrat, par l'une ou l'autre des parties, doit être notifiée au minimum deux (2) mois avant la date d'échéance.

La résiliation par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée.

Lorsque l'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat, elle peut le faire à son choix, soit par une lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur.

En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation (à l'exception du cas de non-paiement des Cotisations) se décompte par rapport à la date figurant sur le cachet de la poste.

Dans le cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de Cotisation d'assurance pour la période restante est remboursée à l'Adhérent si elle a été perçue d'avance. Toutefois, cette portion de Cotisation est conservée par l'Assureur 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.

Titre VI – Dispositions diverses

A. Respect des sanctions économiques et commerciales

L'Assureur n'est pas réputé fournir de garantie et n'est pas tenu au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose l'Assureur ou sa société mère à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de l'Union européenne, de la France, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique.

B. Expertise en cas de désaccord

En cas de contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin afin d'organiser une expertise contradictoire.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement. Ce dernier tiendra lieu d'arbitrage.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du Domicile de l'Assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

C. Direction du procès

Pour les Dommages entrant dans le cadre de la garantie « Responsabilité Civile vie privée » et dans les limites de celle-ci, l'Assureur assume seul la direction du procès intenté à l'Assuré et a le libre exercice des voies de recours.

L'Assureur prend à sa charge les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat ainsi que les frais de procès. Ces frais et honoraires viennent en déduction du montant de garantie applicable.

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

En cas de procès pénal où les intérêts civils sont ou seront recherchés dans le cadre de cette instance ou de toute autre ultérieurement, l'Assuré s'engage à associer l'Assureur à sa défense sans que cet engagement modifie l'étendue de la garantie du présent Contrat.

Sous peine de Déchéance, l'Assuré ne doit pas s'immiscer dans la direction du procès lorsque l'objet de celui-ci relève de la garantie « Responsabilité Civile vie privée ».

D. Transaction

L'Assureur a seul le droit, dans la limite de sa garantie, de transiger avec les personnes lésées.

Aucune transaction ou reconnaissance de responsabilité intervenant en dehors de l'Assureur ne lui est opposable.

Toutefois, n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel, ni 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 moral d'accomplir.

E. Conciliation

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties contractantes s'engagent, en cas de différend, à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

A cet effet, elles désigneront chacune un conciliateur. En cas de désaccord entre les deux conciliateurs sur la solution du différend, ceux-ci choisissent d'un commun accord un troisième conciliateur et statuent à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires du conciliateur qu'elle a désigné, et, le cas échéant, la moitié des honoraires du troisième conciliateur.

F. Prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 et L.114-3 du Code des assurances.

L'article L 114-1 du Code des assurances dispose que :

« 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 de l'Assuré 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 de l'alinéa 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.»

L'article L. 114-2 du Code des Assurances dispose que :

« 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés 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. »

L'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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

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

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.

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.

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.

G. Subrogation

A concurrence des indemnités réglées, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L. 121-12 du Code des Assurances dans les droits et actions de l'Assuré ou ses ayants droit contre tout responsable du Sinistre. De même, lorsque des garanties de la présente Notice d'Information sont couvertes, totalement ou partiellement, par un autre contrat d'assurance ou un organisme d'assurance Maladie, la Sécurité Sociale ou toute autre institution, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré ou de son Représentant Légal à l'encontre des organismes et Assureurs susvisés.

H. Assurances Cumulatives

Si, au moment d'un incident qui donne lieu à un Sinistre en vertu de la présente Notice d'Information, il existe une quelconque autre assurance couvrant les mêmes Pertes, dommages, frais ou responsabilité, Vous devez Nous le déclarer (conformément à l'article L121-4 du Code des assurances) et Nous ne paierons que Notre part de façon proportionnelle. La présente condition ne s'applique pas à la Section « Accident en cours de Transport » de la présente Notice d'Information.

I. Réclamation et Médiation

Nous nous engageons à fournir un service de haute qualité et souhaitons le maintenir à tout moment. Si vous n'êtes pas satisfait de ce service, veuillez nous contacter, en citant les détails de votre police, afin que nous puissions traiter votre réclamation dans les meilleurs délais.

Réclamations

Chubb European Group SE

Téléphone : +33 1 55 91 48 69

Mail : reclamationclient@chubb.com

Conformément à la Recommandation 2024-R-02 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en cas de réclamation, nous nous engageons à accuser réception de votre demande au plus tard dans les **Dix (10) Jours** ouvrés qui suivent l'envoi de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les **Deux (2) Mois**.

Médiation et voie judiciaire

Sans préjudice des recours judiciaires dont dispose l'Assuré, celui-ci peut en tout état de cause saisir le Médiateur de l'Assurance dans les deux mois suivants l'envoi de sa première réclamation, à l'adresse suivante :

www.mediation-assurance.org

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

J. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré

Toute modification des conditions générales de la présente Notice d'Information, ou toute résiliation du Contrat d'assurance collective souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE au bénéfice de ses membres Adhérents, fera l'objet d'une information à destination des Adhérents dont l'ASFE est seule responsable.

K. Intérêts

Aucune somme que l'Assureur est tenu de payer en vertu de la présente Notice d'Information ne portera intérêt, sauf si l'Assureur a indument retardé un paiement après réception de l'ensemble des certificats, informations et éléments de preuve nécessaires pour justifier le Sinistre. Lorsque l'Assureur est tenu de payer des intérêts, ceux-ci ne seront calculés qu'à partir de la date de réception définitive des certificats, informations ou éléments de preuve en question.

Titre VII – Protection des données à caractère personnel

L'Assureur utilise les données personnelles que l'Adhérent met à sa disposition ou, le cas échéant, à la disposition du courtier en assurance de l'Adhérent pour la souscription et la gestion de cette Police d'assurance, y compris en cas de sinistre afférent à celle-ci.

Ces données comprennent des informations de base telles que les nom et prénom des Assurés, leur adresse et leur numéro de police, mais peuvent aussi comprendre des données comme par exemple, leur âge, leur état de santé, leur situation patrimoniale ou l'historique de leurs sinistres, si celles-ci sont pertinentes au regard du risque assuré, des prestations fournies par l'Assureur ou des sinistres déclarés par l'Adhérent ou les Assurés.

L'Assureur appartenant à un groupe mondial de sociétés, les données personnelles des Assurés pourront être partagées avec d'autres sociétés de son groupe, situées dans des pays étrangers, dès lors que ce partage est nécessaire à la gestion ou l'exécution de la police d'assurance, ou à la conservation des données des Assurés. L'Assureur utilise également des prestataires et gestionnaires, qui peuvent avoir accès aux données personnelles des Assurés, conformément aux instructions et sous le contrôle de l'Assureur.

Les Assurés bénéficient de droits relatifs à leurs données personnelles, notamment des droits d'accès ainsi que, le cas échéant, d'un droit à l'effacement de leurs données.

Cette clause est une version courte du traitement des données personnelles de l'Assuré effectué par l'Assureur. Pour plus d'informations, les Assurés et l'Adhérent ont la possibilité de se reporter à la Politique de Confidentialité, accessible via le lien suivant: <https://www2.chubb.com/fr-fr/footer/politique-de-confidentialite-en-ligne.aspx>. Les Assurés et l'Adhérent peuvent également demander à l'Assureur un exemplaire papier de la Politique de Confidentialité, à tout moment, en soumettant leur demande par email à l'adresse suivante : dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle

Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09.

Le Contrat est soumis à la loi française et est régi par les dispositions du Code des assurances.

Tableau des montants de garanties «Start Expat»

Nature des garanties	Montant maximum de garantie	Territorialité / Franchise
Assistance aux personnes		
• Transport médical d'urgence	Frais réels	
• Rapatriement vers le Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré	Frais réels	
• Rapatriement vers le Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré	Frais réels	
• Retour d'un accompagnant bénéficiaire en cas de rapatriement de l'Assuré	Billet retour	Monde entier
• Accompagnement des enfants	Billet A/R et prise en charge des frais de séjour (jusqu'à 150€ par jour pendant 2 jours) d'un accompagnateur	
• Prolongation de séjour de l'Assuré ou d'un accompagnant bénéficiaire	prise en charge des frais de séjour (jusqu'à 150€ par jour avec un maximum de 1 500€)	
• Présence d'un Proche auprès de l'Assuré hospitalisé plus de 5 jours	Billet A/R et prise en charge des frais de séjour (jusqu'à 150€ par jour et par personne avec un maximum de 1 500€)	Le rapatriement est organisé vers le Pays de Détachement ou d'Expatriation
• Retour de l'Assuré dans son Pays de Détachement ou d'Expatriation (dans les 2 mois suivant le rapatriement)	Billet retour	
• Assistance au retour au domicile après rapatriement		
• Garde d'enfants, Aide ménagère, Garde des animaux domestiques (chiens/chats)	10 heures ou Transport et Hébergement avec un maximum de 155€	En France métropolitaine uniquement
• Confort hospitalier (location de télévision)	80€	
• Rapatriement du corps en cas de décès - Frais de cercueil ou d'urne	Frais réels A concurrence de 2 000 €	
• Accompagnement du défunt	Billet retour	
• Reconnaissance de corps et formalités décès	Billet A/R pour 2 membres de la famille et prise en charge des frais de séjour (jusqu'à 150€ par jour et par personne sur une période maximum de 2 jours)	Le rapatriement est organisé vers le Pays de Détachement ou d'Expatriation ou vers le Pays d'Origine ou de Résidence
• Retour d'urgence de l'Assuré à la suite du décès ou d'une maladie grave d'un Parent proche	Billet A/R (max 1 fois par an pour le même événement)	
• Avance de la caution pénale	A concurrence de 15 000 €	
• Avance et prise en charge des honoraires d'avocat	A concurrence de 3 000 €	Strictement et uniquement Hors du Pays d'origine de l'Assuré
• Frais de recherche et de secours	A concurrence de 15 000 €	
• Retour anticipé en cas de sinistre au domicile de l'Assuré	Billet retour	Le rapatriement est organisé vers le Pays de résidence ou le Pays d'origine de l'Assuré
• Retour anticipé / Transport en zone sécurisée en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle	Billet retour ou Billet A/R en zone sécurisée	
• Envoi de médicaments à l'étranger	Organisation et frais d'envoi	

Nature des garanties	Montant maximum de garantie	Territorialité / Franchise
<ul style="list-style-type: none"> Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiements 	Informations démarches administratives - Avance de fonds jusqu'à 2 300 € - Prolongation de séjour : 150 € / nuit (max. 1 500 €)	Strictelement et uniquement Hors du Pays d'origine de l'Assuré
<ul style="list-style-type: none"> Assistance psychologique 	3 entretiens téléphoniques	
<ul style="list-style-type: none"> Incidents de voyage : retard aérien entraînant une rupture de correspondance (pour des raisons techniques ou atmosphériques) 	Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 €	
<ul style="list-style-type: none"> Bagages et effets personnels <ul style="list-style-type: none"> - Vol, Destruction totale ou partielle et perte de bagages pendant l'acheminement - Retard de bagages à l'aéroport (>12 heures) - Frais de reconstitution de documents d'identité 	A concurrence de 2 000 € limité à 50% pour les objets précieux A concurrence de 300 € A concurrence de 150 €	Franchise : 25€ par bagage
<ul style="list-style-type: none"> Accidents corporels <ul style="list-style-type: none"> - Décès accidentel - Invalidité Permanente Totale 	10 000 € 50 000 €	Monde entier
<ul style="list-style-type: none"> Responsabilité Civile "vie privée" : 		
<ul style="list-style-type: none"> Tous Dommages corporels, matériels et immatériels <ul style="list-style-type: none"> - plafonnés aux USA et Canada à : 	4 000 000 € 1 500 000 €	
<ul style="list-style-type: none"> Avec les sous-limites suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Intoxications alimentaires - Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus (Franchise de 80 € par Sinistre) - Dommages au matériel confié pendant un stage (Franchise de 80 € par Sinistre) - Responsabilité Civile locative à l'étranger 	1 500 000 € 450 000 € 12 000 € 100 000 €	Strictelement et uniquement Hors du Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré et pendant 30 jours max par an lors de séjours ou vacances organisées dans le monde entier.

Contactez-nous

Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France
www.chubb.com/fr

A propos de Chubb

Chubb est la société d'assurance IARD cotée en bourse la plus importante au monde. Présente dans 54 pays, Chubb protège les risques des entreprises de toutes tailles, des groupes multinationaux aux moyennes et petites entreprises. Elle couvre également les biens importants de particuliers fortunés. Elle propose des produits de prévoyance et de protection de budget pour les particuliers et offre aux employeurs et groupements des solutions d'assurance individuelle accident et des couvertures pour les risques de mobilité. Enfin, elle met en place des solutions de réassurance.

En tant que compagnie de souscription, Chubb évalue, couvre et gère les risques avec connaissance et discipline. Elle indemnise les sinistres de manière juste et rapide. Chubb se caractérise par l'étendue de son offre de produits et de ses prestations de services, l'ampleur de son réseau de distribution, son exceptionnelle solidité financière, son expertise en matière de souscription, l'excellente qualité de sa gestion de sinistres et de ses activités dans les divers pays du monde.

La société mère Chubb Limited est cotée à la bourse de New York (NYSE : CB) et est intégrée à l'indice S&P 500. Chubb dispose de bureaux de direction à Zurich, New York, Londres, Paris et d'autres villes et emploie environ 31 000 personnes de par le monde.

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur : chubb.com/fr



START' EXPAT
GUIDE DE L'ADHERENT



MSH INTERNATIONAL pour le compte de



GRUPE SIAGI SAINT HONORE

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Conservez ce guide précieusement !

Vous bénéficiez d'une assurance santé ASFE Start'Expat.

La première partie de ce guide vous accompagne dans vos démarches de remboursement et vous apporte des réponses claires et pratiques aux questions que vous serez amené à vous poser.

La deuxième partie comporte les Conditions Générales de votre contrat.

NOS CONSEILS

- Essayez de recourir le plus possible au secteur public ou conventionné quand il existe
- Evitez de communiquer à l'avance le niveau de prise en charge de votre contrat afin de ne pas entraîner automatiquement un alignement des tarifs à la hausse
- Réalisez un bilan de santé avant votre départ (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et partez avec les médicaments de première nécessité. Ces soins préventifs restent à votre charge.

Attention : nous vous rappelons que les traitements en cours, les antécédents médicaux, le bilan de santé et les vaccins ne sont pas couverts par votre contrat.

SOMMAIRE GUIDE PRATIQUE

- 1 // DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE – p.4
- 2 // VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ – p.5
- 3 // POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS – p.7
- 4 // POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT – p.8
- 5 // VOUS RESTEZ A L'ETRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT – p.9
- 6 // LES QUESTIONS AVANT DÉPART – p.9
- 7 // LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION – p.10
- 8 // NOS CENTRES DE GESTION – p.12

SOMMAIRE CONDITIONS GENERALES

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ – p.14

- 1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT – p.14
- 2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION – p.14
- 3 / DÉLAI DE RENONCIATION – p.15
- 4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances) – p.15
- 5 / ADHÉRENT – p.15
- 6 / EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION – p.15
- 7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES – p.16
- 8 / CALCUL DES COTISATIONS – p.16
- 9 / PAIEMENT DE LA COTISATION – p.16
- 10 / ARBITRAGE – p.16
- 11 / PRESCRIPTION – p.17
- 12 / RÉCLAMATIONS – p.17
- 13 / ÉTENDUE DES GARANTIES p.17
- 14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE – p.19
- 15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS – p.19
- 16 / MONTANT DES GARANTIES – p.20
- 17 / LIMITE DES GARANTIES – p.22
- 18 / SUBROGATION – p.22
- 19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS – p.22

START'EXPAT

GUIDE PRATIQUE

SOMMAIRE GUIDE PRATIQUE

- 1 // DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE – p.4**
- 2 // VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ – p.5**
- 3 // POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS – p.7**
- 4 // POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT – p.8**
- 5 // VOUS RESTEZ A L'ETRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT – p.9**
- 6 // LES QUESTIONS AVANT DÉPART – p.9**
- 7 // LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION – p.10**
- 8 // NOS CENTRES DE GESTION – p.12**

1 / DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE

Nous mettons à votre disposition un espace personnalisé et sécurisé sur notre site www.asfe-expat.com.
Vous pouvez ainsi, 24h/24 :

- Visualiser et modifier vos données personnelles (adresse, e-mail, mot de passe...)
- Imprimer votre carte d'assurance personnalisée
- Compléter et imprimer votre demande de remboursement de frais de santé
- Effectuer une demande de prise en charge en cas d'hospitalisation afin de vous éviter l'avance de frais
- Consulter l'historique des demandes de remboursement pendant la durée de votre contrat
- Imprimer votre guide pratique
- Accéder au site d'Informations Santé Expat pour :
 - Voyager et obtenir des conseils santé : situation sanitaire détaillée du pays de votre choix, vaccins indispensables...
 - Rechercher dans le monde entier un médecin, un hôpital... proche de vous : selon le pays et la spécialité recherchés, les coordonnées des médecins et des établissements, les langues parlées, les services disponibles dans les hôpitaux,..
- Accéder à nos newsletters trimestrielles
- Connaître les coordonnées des centres de gestion de votre zone d'expatriation
- Nous laisser un message

Lors de votre première connexion, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, mon espace adhérent, rubrique « Obtenir vos identifiants ».

Renseignez les informations demandées et cliquez sur « envoyer ». Vous recevrez votre login et mot de passe directement par e-mail (l'adresse e-mail qui vous sera demandée doit être identique à celle renseignée lors de votre

adhésion).

Une fois connecté, il est fortement recommandé de personnaliser votre mot de passe dans la rubrique « Votre situation ».

BON A SAVOIR

N'oubliez pas de renseigner ou de mettre à jour votre adresse e-mail dans la rubrique « Votre situation ». Ainsi, vous pourrez recevoir :

- Une alerte e-mail dès réception de votre demande de remboursement faite en ligne et lors d'un nouveau remboursement
- Un e-mail lors de la mise en place de nouveaux services
- Les newsletters trimestrielles pour suivre toute l'actualité relative à votre santé

2 / VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ

L'ASFE prend en charge vos frais médicaux et hospitaliers jusqu'à 250 000 € pendant votre séjour en cas de maladie inopinée ou d'accident.

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 (entorse, fracture...).

Par **maladie inopinée**, on entend toute altération de santé médicalement constatée soudaine et imprévisible nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Vos demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai maximum de 90 jours après la date de réalisation de vos soins de santé.

① Réglez d'abord vos frais

Toutes les demandes de remboursement que vous avez saisies en ligne sont mémorisées et consultables pendant votre séjour à l'étranger dans l'Espace Adhérent/Rubrique « Historique des demandes ».

Note : en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures ou de soins supérieurs à 400 €/USD, merci de vous reporter au chapitre « pour vous éviter l'avance de frais ».

② Remplissez votre demande de remboursement

Remplissez directement le formulaire de demande de remboursement sur notre site www.asfe-expat.com dans votre Espace Adhérent rubrique « Demande de remboursement ».

Vérifiez bien les informations vous concernant (coordonnées, e-mail) et modifiez-les si nécessaire.

Après avoir complété ce formulaire, il vous suffit de l'imprimer et de le signer

Pour chaque dépense de soins, vous devez renseigner :

- La date des soins effectués
- La description de la maladie, de la blessure et des soins effectués. Un rapport médical est nécessaire pour confirmer l'urgence médicale
- Le pays dans lequel le soin a été pratiqué
- Le montant réglé et la devise
- Le nom du praticien ou de l'établissement

Après avoir complété ce formulaire, il vous suffit de l'imprimer et de le signer.

③ Envoyez-nous votre demande de remboursement de soins

N'oubliez pas de joindre impérativement :

- Les originaux des factures dûment acquittées
- Les prescriptions médicales
- Le certificat médical établi par le médecin traitant précisant la pathologie ou l'objet de la consultation urgente

Ces documents doivent mentionner le nom et prénom du patient, la date des soins, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse ne sont pas recevables et les factures qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne seront pas acceptées.

La liste des pièces à fournir si les soins ont été délivrés en France :

- pour les consultations : la feuille de soins originale accompagnée du rapport médical correspondant
- pour les soins hospitaliers : l'avis original des sommes à payer accompagné d'une quittance de paiement et du rapport médical correspondant
- pour la pharmacie : une prescription médicale relative à l'acte effectué accompagnée des vignettes des médicaments

À défaut, nous réclamerons des pièces complémentaires, ce qui allongera le délai de remboursement de vos dépenses.

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la page 16 de ce guide).

Pour connaître précisément le centre de gestion dont vous dépendez, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Nos coordonnées ».

CONSEILS PRATIQUES

- Conservez des photocopies de tous vos documents et veillez à nous envoyer les originaux
- Essayez de grouper vos demandes de remboursement de façon à éviter les remboursements de faibles montants
- Vous disposez de 90 jours pour déclarer vos soins de santé

④ Nous effectuons votre remboursement

Les remboursements sont effectués par virement bancaire, dans la devise et sur le compte bancaire de votre choix. Pour éviter toute opposition de virement, il est important de nous communiquer vos nouvelles coordonnées bancaires en cas de changement.

BON A SAVOIR

En nous communiquant votre adresse e-mail, vous recevrez une alerte dès qu'un nouveau décompte est en ligne : il est important de nous communiquer toute mise à jour ou changement d'adresse e-mail.

[Pour visualiser le détail de vos décomptes de remboursement](#)

Rendez-vous sur www.asfe-expat.com dans votre Espace Adhérent, rubrique « Vos remboursements ». Vous pouvez les consulter pendant toute la durée de votre séjour à l'étranger.

BON A SAVOIR

Si la devise de votre compte est différente de la devise locale où est tenu votre compte, vous n'aurez pas de frais de virement bancaire excepté les frais habituels de tenue de compte ainsi que les frais des banques intermédiaires.

Si la devise de votre compte bancaire est différente de celle utilisée pour vos frais de santé, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui publié par les Nations Unies le dernier jour du mois précédant la date des soins.

3 / POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS

Pour vous éviter l'avance de frais, l'ASFE met à votre disposition un service de prise en charge directe valable **en cas d'hospitalisation supérieure à 24h ou de soins dont le coût serait supérieur à 400€/USD** dans le monde entier et sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

Pour une hospitalisation

Nous nous chargeons de régler vos frais d'hospitalisation directement auprès de l'établissement hospitalier suivant les termes et conditions générales de votre couverture santé. Vous n'aurez à régler que les frais non couverts par l'assurance (ex : téléphone, télévision...). Cette procédure, très courante aux Etats-Unis et en Asie s'appelle en anglais « PRECERTIFICATION »

BON A SAVOIR

N'hésitez pas à présenter votre carte ASFE aux établissements hospitaliers, elle facilitera vos démarches administratives. Elle est également téléchargeable dans votre espace adhérent.

En cas d'hospitalisation programmée

Contactez-nous au moins 10 jours avant votre admission à l'hôpital : nous ferons le nécessaire auprès de l'hôpital et vous délivrerons une confirmation de prise en charge hospitalière suivant les termes de votre contrat.

BON A SAVOIR

Remplissez directement votre demande de prise en charge dans votre espace adhérent, rubrique « Demande de prise en charge ».

En cas d'urgence

- Rendez-vous directement à l'hôpital
- Présentez votre carte ASFE au service des admissions de l'hôpital et demandez-leur de contacter l'ASFE par téléphone ou par e-mail : precert@msh-intl.com au plus tard dans les 72 heures après votre admission : nous leur délivrerons alors une confirmation de prise en charge hospitalière suivant les termes de votre contrat.

Pour des soins supérieurs à 400€/USD

Vous devez d'abord faire une demande d'accord préalable auprès des équipes ASFE. Si celle-ci est acceptée suivant les termes de votre contrat, nous procéderons au paiement direct de vos soins. Voir le chapitre suivant pour connaître les formalités de demande d'accord préalable p.8).

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure). Pour connaître précisément le centre de gestion dont vous dépendez, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Nos coordonnées ».

4 / POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT

Un service de contrôle à votre disposition

Le niveau du remboursement s'entend dans la limite du coût dit « raisonnable et habituel ».

En effet, non seulement des soins peuvent avoir un tarif différent d'un pays à un autre, mais aussi entre deux praticiens ou établissements d'un même pays ! Par exemple, nous savons que certains établissements pratiquent, notamment sur le poste honoraires, des tarifs jusqu'à 10 fois plus chers que les autres hôpitaux de la même ville, à qualité de prestations égale.

Nous avons donc établi un référentiel interne de coûts « raisonnables et habituels » selon le type de soins et le pays. Sur cette base et afin d'éviter les abus, vos remboursements sont donc limités aux « coûts raisonnables et habituels » du pays dans lequel les soins sont dispensés à qualité de prestations égale. Pour vous aider et vous éviter de dépasser ces plafonds, n'hésitez pas à nous contacter.

BON A SAVOIR

Notre équipe est à votre disposition pour vous donner des conseils médicaux. Elle peut aussi vous conseiller un établissement moins cher, à qualité de soins égale.

Dans votre espace adhérent, rubrique « Santé Expat », vous trouverez les praticiens et établissements hospitaliers du pays dans lequel vous vous trouvez.

Les accords préalables

Vous devez impérativement obtenir un accord préalable de l'ASFE avant de bénéficier de soins dont le coût est supérieur à 400 €/USD ou pour les soins listés ci-dessous suivant les termes de votre contrat :

- L'hospitalisation (quelle qu'en soit la durée)
- La chirurgie dentaire (en cas d'accident ou d'infection de la racine)
- Les séjours en centre médicalisé suite à une hospitalisation
- Les actes en série de plus de 3 séances

Pour obtenir un accord préalable, c'est très simple, envoyez-nous par courrier postal, fax ou e-mail votre plan de traitement incluant le rapport médical du médecin prescripteur, les radios si besoin et/ou un devis détaillé.

- Nous vous répondrons dans les plus brefs délais à réception de votre demande complète, en vous précisant les conditions de remboursement.
- Nous procéderons, si vous le souhaitez, au paiement direct vers l'établissement hospitalier ou le praticien si les conditions le permettent.

Pour plus de détails, voir chapitre « pour vous éviter l'avance de frais », page 7.

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure).

BON A SAVOIR

L'accord préalable délivré par écrit n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées par celui-ci.

Attention : Si la demande d'accord préalable n'est pas effectuée, le remboursement des soins prévu par votre contrat peut être refusé.

5 / VOUS RESTEZ A L'ÉTRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT

Il suffit de vous connecter sur notre site :

www.asfe-expat.com, puis de cliquer sur Nos solutions / Séjours à l'étranger de moins d'un an / Souscrire

Si vous avez entre 16 et 30 ans, vous pourrez souscrire le contrat jusqu'à 3 fois de suite. A partir de 31 ans, la souscription est limitée à une seule nouvelle adhésion.

Cette nouvelle souscription est dans tous les cas soumise à l'accord de l'assureur.

Si vous décidez, par exemple, de vous installer à l'étranger pour une durée supérieure à un an, nous avons des offres adaptées à votre situation. Pour en discuter, notre service commercial est à votre disposition :

- Par e-mail : contact@asfe-expat.com
- Par téléphone : +33 (0)1 44 20 48 77
- Ou rendez-vous sur notre site internet : www.asfe-expat.com

6 / LES QUESTIONS AVANT DEPART

Quelles sont les démarches pour être plus serein avant de partir à l'étranger ?

Pour partir dans de bonnes conditions, il est conseillé de réaliser un bilan de santé (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et éventuellement un examen médical avec l'établissement d'un certificat médical pour être certain de pouvoir pratiquer tous types de sports une fois dans votre pays d'expatriation

Il est également conseillé de communiquer votre numéro de police d'assurance et nos coordonnées à un ami ou à votre famille, ainsi que votre adresse et numéro de téléphone sur place.

Quel est mon login / mot de passe pour le site Internet ?

Lors de votre 1^{ère} connexion, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, mon espace adhérent, rubrique « Obtenir vos identifiants ».

Renseignez les informations demandées et cliquez sur « envoyer », vous recevrez votre login et mot de passe directement par e-mail.

Une fois connecté, il est fortement recommandé de modifier votre mot de passe dans la rubrique « Votre situation ».

7 / LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION

J'ai perdu ma carte personnelle d'assuré. Comment faire pour en obtenir une nouvelle ?

Vous avez la possibilité d'imprimer un exemplaire personnalisé sur notre site www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Carte d'assurance ».

Quel sont les sports exclus de mon contrat ?

Certains sports à risque (sports aériens, de combat, etc.) peuvent être exclus de votre contrat Start'Expat, au même titre que tout sport pratiqué à titre professionnel ou dans le cadre d'une fédération sportive, d'un club, de compétitions ou championnats, voire tentatives de record (voir la notice d'information santé de votre contrat).

Si j'ai souscrit mon contrat Start'Expat pour une durée de 12 mois et que je rentre au bout de 6 mois puis-je me faire rembourser ma cotisation pour la période de couverture non utilisée ?

Non, vous avez souscrit pour une durée de séjour ferme et définitive, par conséquent, vous ne pourrez écarter votre contrat ni prétendre au remboursement des cotisations.

A combien s'élève mon plafond annuel de garanties en santé ?

Le montant global de remboursement est limité à 250 000 € pour la durée du séjour (jusqu'à 12 mois) et pour tous les soins de santé confondus (l'assistance médicale/rapatriement reste prise en charge directement par l'assureur et ne fait l'objet d'aucun plafond).

Comment puis-je obtenir des noms de médecins qualifiés, de cliniques ou d'hôpitaux dans le monde entier ?

Consultez notre site www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent – rubrique « Santé Expat » : selon le pays et la spécialité recherchée, vous avez accès aux coordonnées de médecins et d'établissements recommandés, les langues parlées, leurs services disponibles dans les hôpitaux, etc.

Nos centres de gestion se tiennent également à votre disposition pour vous fournir ces informations.

J'ai un doute sur le diagnostic ou le traitement qui m'a été donné par mon médecin/sur l'établissement hospitalier dans lequel je dois subir une intervention, que puis-je faire ?

La présence de médecins au sein de nos équipes nous permet de vous fournir des avis médicaux ou de vous orienter vers un établissement hospitalier ou un autre praticien. Pour cela, envoyez un e-mail à medical@msh-intl.com, ou adressez-vous à votre centre de gestion.

Si je dois aller aux urgences, que ce soit dans mon pays d'expatriation ou un autre pays, que dois-je faire ?

Vous êtes couvert dans le monde entier et vous êtes libre du choix du praticien et de l'établissement. Votre carte personnelle contient tous les numéros utiles pour nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Conservez-la précieusement et présentez-la aux établissements hospitaliers. Elle facilitera vos démarches administratives. **Attention** : cette carte n'est pas une preuve de paiement direct, ni une preuve d'assurance. Pour toute confirmation de prise en charge, il est impératif de nous contacter.

Pouvez-vous intervenir pour un remboursement direct auprès d'un hôpital ou d'un praticien ?

Bien-sûr, le paiement direct peut être fait pour une dépense supérieure à 400€/USD suivant les termes de votre contrat. Pour cela, contactez nos services par téléphone (coordonnées figurant sur votre carte ASFE), par e-mail ou fax en précisant le nom de l'hôpital/praticien, son adresse et son numéro de téléphone ou remplissez notre formulaire de prise en charge sur <http://www.asfe-expat.com> dans votre espace adhérent, rubrique « Demande de prise en charge ». Nous prendrons les mesures nécessaires pour procéder au paiement direct des frais sous réserve de l'acceptation du prestataire et selon vos conditions contractuelles souscrites.

Quelle est la différence entre un accord préalable et une prise en charge ?

L'accord préalable vous confirme notre validation de votre dossier de demande de remboursement du traitement demandé, même s'il ne suffit pas pour engager les frais. La prise en charge est un engagement de notre part de payer directement le prestataire.

Quand dois-je demander un accord préalable ?

Les situations dans lesquelles un accord préalable est requis sont décrites dans le chapitre « Pour vous éviter un refus de remboursement ». De plus, n'hésitez pas à nous contacter si vous avez des doutes sur les garanties pour des soins particuliers (voir rubrique : Mon centre de gestion). Nos équipes vous donneront une réponse claire et vous permettront de connaître à l'avance comment seront prises en charge les dépenses que vous envisagez d'effectuer.

Que se passe-t-il si je n'ai pas demandé d'accord préalable pour des soins supérieurs à 400€/USD ou pour des actes en série ?

Nous pouvons vous refuser la totalité du remboursement de vos soins. N'hésitez donc pas à demander un accord préalable, nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

Quelle est la date limite pour soumettre une demande de remboursement ?

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai maximum de 90 jours après la date de réalisation des soins. Mais nous vous conseillons vivement de nous adresser vos demandes dans les 3 mois après la date des soins et ne surtout pas attendre votre retour. Si certaines pièces manquent à votre dossier, il sera plus difficile de les obtenir une fois rentré.

Si je soumetts une demande de remboursement dans une devise autre que la devise de mon compte bancaire, quel sera le taux de change appliqué ?

Si la devise de votre compte bancaire est différente de celle utilisée pour vos frais de santé, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui publié par la Compagnie Financière Edmond de Rothschild le dernier jour du mois précédent la date des soins.

Est-ce que je dois traduire des documents en anglais/français ou convertir des devises pour que ma demande soit traitée ?

Non, nous traitons les demandes quelle que soit la langue et nous gérons vos frais de santé dans plus de 150 devises.

Je ne comprends pas le remboursement qui m'a été fait/ je ne suis pas d'accord avec mon remboursement, qui dois-je contacter ?

Nous sommes présents pour répondre à vos questions ! Contactez simplement le centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure) et nous vous fournirons toutes les précisions permettant de lever une éventuelle incompréhension. Une rubrique « Nous laisser un message » est également disponible dans votre espace adhérent.

Dois-je systématiquement fournir un rapport médical à chaque demande de remboursement pour tous les soins effectués ?

Oui. Le rapport médical est nécessaire pour le traitement de votre dossier de remboursement. D'un point de vue plus général, c'est également un document officiel qui permet d'avoir l'historique de vos soins pour un éventuel suivi médical auprès de votre médecin traitant habituel dans votre pays d'origine. En cas de séquelles, il constitue la preuve d'une action médicale datée et signée par le praticien dans le pays dans lequel les soins ont été effectués. En cas de recours ou de négligence de la part du praticien, cela vous permettra de pouvoir agir.

Pour encore plus de réponses à vos questions, rendez-vous sur notre site www.asfe-expat.com.

8 / NOS CENTRES DE GESTION

AMÉRIQUE DU NORD

ASFE / MSH
Suite 300, 999 - 8th Street S.W. Calgary, Alberta T2R 1N7 CANADA
Tél.: +1 403 232 8545
Fax : +1 403 265 9425
adminamerica@asfe-expat.com

EUROPE

ASFE / MSH
23, allées de l'Europe
92587 Clichy cedex FRANCE
Tél.: +33 (0)1 44 20 48 07
Fax : +33 (0)1 44 20 48 79
admineurope@asfe-expat.com

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE

ASFE / MSH
19th Floor, One by Omnyat,
Business Bay,
P.O. BOX: 506537
Dubai – UAE
Tél.: +971 4 365 1305
Fax : +971 4 363 7327
adminmea@asfe-expat.com

ASIE

ASFE / MSH
5/F, North Tower, Building 9, Lujiazui Software Park, Lane 91, E Shan Rd,
Shanghai – P.R. CHINA, 200127
Tél.: +86 21 6187 0593
Fax : +86 21 6160 0153

START'EXPAT

CONDITIONS GÉNÉRALES

SOMMAIRE CONDITIONS GÉNÉRALES

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ – p.14

- 1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT – p.14
- 2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION – p.14
- 3 / DÉLAI DE RENONCIATION – p.15
- 4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances) – p.15
- 5 / ADHÉRENT – p.15
- 6 / EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION – p.15
- 7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES – p.16
- 8 / CALCUL DES COTISATIONS – p.16
- 9 / PAIEMENT DE LA COTISATION – p.16
- 10 / ARBITRAGE – p.16
- 11 / PRESCRIPTION – p.17
- 12 / RÉCLAMATIONS – p.17
- 13 / ÉTENDUE DES GARANTIES p.17
- 14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE – p.19
- 15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS – p.19
- 16 / MONTANT DES GARANTIES – p.20
- 17 / LIMITE DES GARANTIES – p.22
- 18 / SUBROGATION – p.22
- 19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS – p.22

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ

Contrat n° 900859 souscrit par l'ASFE (Association of Services for Expatriates - siège social : Immeuble SEASON, 39 rue Mstislav Rostropovitch, 75815 Paris cedex 17) auprès d'AXA France Vie (société anonyme au capital de 487.725.073,50 € - RCS Paris 310 499 959 - siège social: 26, rue Drouot 75009 Paris - entreprise régie par le code des assurances)

1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe, régi par le Code des Assurances, a pour objet de faire bénéficier les personnes membres de l'ASFE non assujetties à un régime de Sécurité Sociale en France des garanties frais de santé occasionnés par un accident ou une maladie inopinée. Les déclarations de l'ASFE et de leurs Adhérents servent de base au contrat qui est souscrit de 1 à 12 mois (ou 24 mois dans le cas exclusif d'un PVT Canada).

2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous appartenez au groupe assurable si vous êtes adhérent à l'ASFE, âgé de 16 à 65 ans à l'adhésion, et si vous résidez à l'étranger pour une durée inférieure ou égale à 1 an, ou de 24 mois dans le cas exclusif d'un Programme Vacances Travail au Canada.

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

- un **bulletin d'adhésion** dûment complété et signé, par lequel vous donnez votre consentement aux assurances, et indiquez la date d'effet souhaitée pour l'adhésion, au plus tôt le lendemain de l'adhésion en ligne ou de la réception de vos documents, au plus tard 2 mois après votre demande,
- le **questionnaire de santé** dûment complété et signé par la personne à assurer,
- un **chèque en euros ou une autorisation de débit de carte bancaire** correspondant au montant total de votre cotisation,
- une copie de votre **carte d'identité ou de votre passeport**,

et être adressée à l'Assureur, par l'intermédiaire de l'ASFE.

L'Assureur a la faculté de demander, à ses frais, toute justification, visite ou examen médical complémentaire permettant d'apprécier votre état de santé.

A compter de la demande de l'Assureur, vous disposez d'un délai de 45 jours pour lui faire parvenir les pièces complémentaires requises. Passé ce délai, l'adhésion sera réputée sans effet.

Certaines activités professionnelles dont la liste actuelle est indiquée ci-dessous sont soumises à l'acceptation préalable de l'assureur :

- les professions comprenant des activités de protection de personnes,
- les professions comprenant des activités de surveillance de biens,
- les professions ayant pour objet l'enseignement de sports et la pratique de sports,
- toute profession nécessitant l'utilisation d'armes de quelque nature que ce soit,
- les professions nécessitant des travaux sous terrains ou sous l'eau,
- les professions nécessitant la manipulation d'explosifs (dont déminage) ou de substances radioactives,
- les professions ayant pour conséquence de prendre part à un conflit (guerre, guerre civile, insurrection, émeute) quels que soient les protagonistes concernés,
- les professions ayant pour objet de conduire des enquêtes policières publiques ou privées, de recueillir des informations confidentielles,
- le personnel des ambassades.

IMPORTANT

L'Assureur peut refuser l'adhésion, l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. Votre accord écrit sur les conditions spécifiques de votre adhésion est nécessaire pour la mise en vigueur des garanties. Les conditions spécifiques de l'adhésion sont alors mentionnées sur votre certificat d'adhésion. Les restrictions de garanties vous seront envoyées directement par lettre recommandée par le conseil médical de l'Assureur.

3 / DÉLAI DE RENONCIATION

Même si vous avez signé le bulletin d'adhésion et payé la cotisation, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'ASFE, dans un délai de 30 jours à compter du paiement de cette cotisation (articles L 132.5.1 du Code des Assurances).

En cas de renonciation pendant les 14 jours qui suivent le paiement de la cotisation, l'Assureur s'engage à vous rembourser l'intégralité de cette cotisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Passé ce délai de 14 jours, l'Assureur retiendra la portion de cotisation correspondant à la durée de garantie éventuellement accordée.

4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances)

Indépendamment des causes ordinaires de nullité du contrat et des causes de réduction des indemnités (article L113.9 du code des assurances) et sous réserve des dispositions de **l'article L132.26 du code des assurances (erreur sur l'âge), le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.**

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages-intérêts.

5 / ADHÉRENT

Dès l'acceptation de votre adhésion par l'Assureur, vous acquérez la qualité d'Adhérent.

L'Adhésion est matérialisée par un certificat d'adhésion, établi par l'ASFE, mentionnant :

- la date d'entrée en vigueur de l'adhésion et la date de fin de contrat,
- éventuellement une mention précisant que des exclusions ou des limitations de garanties vous ont été signifiées.

6 / EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par l'Assureur, l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes:

- la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion,
- le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion

Cette date d'entrée en vigueur est précisée sur le certificat d'adhésion.

IMPORTANT

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme définie à la souscription sur le bulletin d'adhésion, et ne pourra faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée doit être de 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 7 mois, 8 mois, 9 mois, 10 mois, 11 mois ou 12 mois, ou 24 mois dans le cas exclusif d'un Programme Vacances Travail au Canada.

A la fin de cette échéance, une nouvelle adhésion peut être demandée, sous réserve d'acceptation de l'assureur, dans la limite de :

- 2 adhésions supplémentaires pour les personnes âgées de 16 à 30 ans à la date d'effet de chaque adhésion supplémentaire
- 1 adhésion supplémentaire pour les personnes âgées de 31 ans et plus à la date d'effet de la nouvelle adhésion.

Vos garanties cessent:

- le jour où vous cessez de faire partie du groupe assurable,
- en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure décrite ci-après,
- à la date de fin de l'adhésion (définie par la durée de souscription) indiquée sur le bulletin d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat entre l'ASFE et l'Assureur.

Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties et l'adhésion ne peut être réduite dans sa durée.

Dès lors que le contrat se trouve résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les Adhérents.

7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES

Les garanties sont acquises dans les pays de la zone de couverture du stage, de la mission, des études ou du séjour, désigné sur le bulletin d'adhésion :

- **Zone A** : monde entier hors Etats-Unis d'Amérique
- **Zone B** : monde entier incluant les Etats-Unis d'Amérique.

Les garanties sont également acquises aux adhérents de la Zone A en cas de déplacement(s) aux Etats-Unis d'Amérique, de moins de trente jours au total, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement. Pour cela, des justificatifs tels que les titres des transports prouvant la durée de votre séjour aux USA seront exigés.

Une souscription pour les Etats-Unis d'Amérique donne accès au monde entier.

8 / CALCUL DES COTISATIONS

Les montants des cotisations sont exprimés en Euros, et sont fonction du lieu de séjour, de la durée d'adhésion et de l'âge de l'adhérent.

9 / PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable en une fois lors de l'adhésion, par carte bancaire ou par chèque.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances français, le Souscripteur peut exclure un Adhérent du bénéficiaire du contrat d'assurances de groupe si l'adhérent n'a pas payé la prime.

Le défaut de paiement de la prime, conformément au code des Assurances français, entraînera donc l'exclusion et la non-exécution du contrat.

10 / ARBITRAGE

Pour toute contestation découlant du contrat, le souscripteur et l'assureur s'engagent, avant d'avoir recours à l'arbitrage prévu ci-dessous, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de régler le litige à l'amiable.

Tout litige non réglé à l'amiable dans un délai de trente jours à compter du jour où la partie la plus diligente a notifié son point de vue écrit, est réglé par un tribunal arbitral siégeant à PARIS, composé de trois arbitres désignés comme suit :

- le souscripteur et l'assureur désignent chacun un arbitre, dans les trente jours qui suivent le délai ci-dessus,
- le troisième arbitre est désigné par les deux premiers dans les trente jours qui suivent la désignation du dernier d'entre eux.

En l'absence de désignation d'un arbitre dans le délai imparti, le Président du Tribunal de Commerce de PARIS,

statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente, procède à cette désignation. Le tribunal arbitral statue à la majorité de ses membres en motivant sa décision. La sentence est définitive et exécutoire.

11 / PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les termes des articles L 114—1 et L 114-2 du Code des Assurances.

Passé le délai fixé par le Code des Assurances, la Contractante, les Adhérents, les bénéficiaires et l'Assureur n'ont plus ni droits ni obligations.

12 / RÉCLAMATIONS

Pour toute information relative au contrat ou aux événements qui découlent de son application, il est rappelé que l'interlocuteur privilégié est le mandataire, c'est-à-dire l'ASFE auprès de laquelle il convient de s'adresser en priorité.

En cas de litige, il sera possible de s'adresser par courrier à la Direction Clientèle AXA à l'adresse suivante :

**TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9**

Si après son intervention, il subsiste un désaccord, il sera possible de demander l'avis du Médiateur dont l'identité sera alors communiquée. Le recours à cette personnalité, indépendante de l'Assureur, est gratuit. Le Médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les 3 mois à compter du jour où il est saisi du dossier. Son avis n'engage ni l'Assureur, ni l'ASFE et chaque partie conserve le droit de saisir le tribunal compétent.

13 / ÉTENDUE DES GARANTIES

Le contrat garantit des prestations, concernant les frais suivants :

// MEDECINE HOSPITALIERE

- frais de séjour (y compris frais éventuels de chambre semi-privée standard),
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie - réanimation,
- frais éventuels de salle d'opération,
- consultations,
- actes d'auxiliaires médicaux,
- actes de biologie médicale,
- actes utilisant des radiations ionisantes,
- frais pharmaceutiques,
- frais postopératoires tels que visés ci-dessus prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 JOURS qui suivent la sortie de l'hôpital,
- le forfait hospitalier en cas d'hospitalisation,
- les frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

// HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES

L'hospitalisation de moins de 24 heures avec intervention chirurgicale est assimilée à une hospitalisation d'au moins 24 heures. La chimiothérapie est assimilée à une hospitalisation de moins de 24 heures.

// MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE :

- consultations, visites (sauf celles de dentistes),
- actes de petite chirurgie et actes de spécialité,
- actes d'auxiliaires médicaux,
- frais d'analyse et de travaux de laboratoire,
- actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners,
- les médicaments sur prescription médicale

// FRAIS DENTAIRES - OCCASIONNES PAR UN ACCIDENT OU PAR UNE URGENCE DENTAIRE NON CONSECUTIFS A UN MAUVAIS ETAT PREALABLE DE LA DENTITION OU DES GENCIVES

Par "**urgence dentaire**", il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48 heures est susceptible d'entraîner des complications :

- consultations et visites de dentistes
- soins dentaires, hors prothèses dentaires et implants dentaires

// PROTHESES DENTAIRES ET AUTRES PROTHESES : SUITE A UN ACCIDENT CARACTERISE UNIQUEMENT **// OPTIQUE : VERRES ET MONTURE : SUITE A UN ACCIDENT CARACTERISE UNIQUEMENT**

Par « **accident caractérisé** », il faut entendre un accident pour lequel une attestation a été délivrée par une autorité présente sur les lieux (il peut s'agir de policiers, de pompiers ou d'ambulanciers/urgentistes). Cette attestation devra contenir les informations suivantes : lieu, date, nature de la blessure et circonstances exactes de l'accident.

Attention, les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité Sociale Française ne sont jamais pris en charge.

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation doivent avoir été exposés:

- dans la zone géographique du pays mentionné sur la demande d'adhésion, telle que définie au paragraphe "définition des zones géographiques";
- pour les adhérents de la zone A, lors d'un déplacement aux Etats-Unis d'Amérique, pour des séjours de moins de trente jours au total, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Précision : une souscription pour les Etats-Unis d'Amérique donne accès au monde entier.

IMPORTANT

En l'absence d'hospitalisation, seuls sont remboursés les frais médicaux à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Si vous êtes hospitalisé, les frais seront pris en charge si l'hospitalisation est :

- consécutive à un accident,
- consécutive à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par "maladie inopinée", on entend toute altération de la santé médicalement constatée soudaine et imprévisible.

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, au sens du présent contrat, les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

Ne seront jamais remboursés, les frais liés à la grossesse et la maternité, les cures thermales ainsi que les actes liés à la prévention ou au contrôle médical (suivi de contraception, analyses de recherche de cholestérol,...), ainsi que toutes les maladies nerveuses ou mentales.

Les prestations ne seront payées par l'Assureur que dans la mesure où les dépenses sont raisonnables et habituelles.

Toute maladie pré-existante, c'est-à-dire une affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion, ne sera pas couverte au titre du contrat.

14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les postes ci-dessous sont soumis à la formalité d'entente préalable :

- Les actes médicaux en série, suite à un accident ou une maladie inopinée, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 3,
- L'hospitalisation, quelle qu'en soit la durée
- La chirurgie dentaire (en cas d'accident ou d'infection de la racine),
- Les séjours en centre médicalisé suite à une hospitalisation.

La demande d'entente préalable doit être parvenue à l'ASFE 10 jours avant l'exécution des actes.

15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS

Dans les 90 jours qui suivent la date des soins, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur l'ensemble des documents suivants:

- **le FORMULAIRE de DEMANDE DE REMBOURSEMENT** dûment complété (ou FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité Sociale française dûment complétée si les soins sont exposés en France),
- **Un certificat médical établi par le médecin** précisant la pathologie ou l'objet de la consultation urgente,
- **les ORIGINAUX des NOTES D'HONORAIRES ou de FRAIS et des ORDONNANCES** acquittées, datées et mentionnant les noms et prénoms de la personne soignée, le genre de maladie, la nature, ainsi que la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments, et indiquer la monnaie locale;
- **l'original du décompte** de tout régime dont l'Assuré a reçu les Prestations, s'il y a lieu.

16 / MONTANT DES GARANTIES

// TABLEAU DES MONTANTS DE GARANTIES SANTÉ

Pour rappel, seuls sont remboursés les frais médicaux à prodiguer d'urgence consécutifs à un accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine. Il pourra vous être demandé un justificatif de l'urgence ou de l'accident.

GARANTIES SANTÉ	Montants max. TTC par personne, pour la durée du contrat
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€)	250 000 €
MÉDECINE HOSPITALIÈRE	
Frais de séjour (y compris frais éventuels de chambre semi-privée standard)	Chambre semi-privée : jusqu'à 100€/jour
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie – réanimation	100% des frais réels
Frais éventuels en salle d'opération	100% des frais réels
Consultations	100% des frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux	100% des frais réels
Actes de biologie médicale	100% des frais réels
Actes utilisant des radiations ionisantes	100% des frais réels
Frais pharmaceutiques	100% des frais réels
Frais postopératoires tels que visés ci-dessus prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 jours qui suivent sortie de l'hôpital	100% des frais réels
Frais hospitaliers en cas d'hospitalisation	100% des frais réels
Frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat	100% des frais réels
HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES	
Hospitalisation de moins de 24h avec intervention chirurgicale assimilée à une hospitalisation d'au moins 24h. La chimiothérapie est assimilée à une hospitalisation de moins de 24h.	100% des frais réels
MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE	
Consultations, visites (sauf celles de dentistes)	100% des frais réels (limités à 80€/consultation à partir de la 3 ^{ème} visite)
Actes de petite chirurgie et actes de spécialité	100% des frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux	100% des frais réels
Frais d'analyse et de travaux de laboratoire	100% des frais réels
Actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners si remboursable	100% des frais réels
Médicaments sur prescription médicale si remboursables par la Sécurité Sociale français (hors produits non médicamenteux)	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €

FRAIS DENTAIRES (par urgence dentaire, il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48h est susceptible d'entraîner des complications, non consécutive à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives)

Consultations et visites de dentistes et soins dentaires	100% des frais réels jusqu'à 350 €
--	------------------------------------

FRAIS DENTAIRES – EN CAS D'ACCIDENT CARACTÉRISÉ UNIQUEMENT

Prothèses dentaires et autres prothèses	100% des frais réels jusqu'à 200 €
---	------------------------------------

OPTIQUE – EN CAS D'ACCIDENT CARACTÉRISÉ UNIQUEMENT

Verres et monture	100% des frais réels jusqu'à 150 €
-------------------	------------------------------------

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de l'événement et au cours du règlement des prestations.

L'Adhérent devra également répondre à toute demande concernant l'accident ou la maladie inopinée et, notamment, préciser sa nature, la date de sa première constatation médicale, etc..

Ne sont remboursés par le contrat que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, feront l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

Afin d'assurer la pérennité de votre contrat et de maîtriser au mieux l'évolution des dépenses de soins, nous sensibilisons nos Assurés quant à l'intérêt de dépenses médicales maîtrisées.

// FAVORISEZ LA PRÉVENTION

- Effectuez avant le départ tous les vaccins recommandés pour votre pays de destination.
- Consultez nos informations médicales sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique Votre Santé, avec notamment les modules de formation pour prévenir certaines Maladies (paludisme,...).
- Avant le départ, réalisez un bilan de pré-expatriation pour toute la famille et effectuez des Bilans de santé réguliers ; certaines pathologies étant incompatibles avec certains climats. Attention : cette garantie n'est pas prévue au contrat.

// ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES

- Essayez de recourir le plus possible au secteur public ou conventionné quand il existe.
- Évitez de communiquer à l'avance le niveau de remboursement de votre contrat, notamment aux dentistes et opticiens, afin de ne pas entraîner automatiquement un alignement de leurs tarifs sur votre niveau de garantie.
- Limitez le nombre de visites auprès de différents praticiens pour une même pathologie.

// BÉNÉFICIEZ DE PRESTATIONS MÉDICALES DE QUALITÉ À UN « COÛT USUEL ET RAISONNABLE »

- Les tarifs médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même ville : certains pratiquent des tarifs jusqu'à 10 fois plus élevés que d'autres, à qualité de Prestation égale.
- Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, nous avons établi un référentiel interne de « Coûts usuels et raisonnables »- Il s'agit d'une grille de tarifs que nous estimons raisonnables établie selon les soins et les pays concernés.
- N'hésitez pas à solliciter en amont nos équipes médicales afin de connaître les niveaux de « Coûts usuels et raisonnables » pour une Prestation de santé donnée.

// AYEZ RECOURS DÈS QUE POSSIBLE AU RÉSEAU MÉDICAL DE MSH INTERNATIONAL (NOTAMMENT AUX ÉTATS-UNIS)

- Vous êtes libre dans le choix de votre prestataire de santé, mais en privilégiant le Réseau médical MSH INTERNATIONAL (accessible dans votre Espace Assuré, rubrique 'Votre Santé / Trouver un prestataire'), vous

- pourrez géo-localiser les prestataires de santé les plus proches de vous et ainsi bénéficier de soins de qualité partout dans le monde à des tarifs raisonnables.
- Vous profiterez ainsi de la plus grande qualité de soins possible tout en minimisant les risques de dépasser vos plafonds de garanties.

17 / LIMITE DES GARANTIES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie inopinée ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

18 / SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'il a versées, dans vos droits et actions contre tout tiers responsable d'un sinistre et cela, dans les conditions de l'article L 121-12 du Code des Assurances.

19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS

Outre les soins n'entrant pas dans l'étendue des garanties, sont exclus :

- Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification, à l'exception des traitements et actes pris en charge par le présent contrat,
- La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (ex. Sécurité Sociale) ou par un autre contrat d'assurance,
- Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence de la présente convention,
- Les soins et hospitalisations liés aux dépressions nerveuses, et plus généralement aux maladies d'origine psychique ou névrotique,
- Les frais de psychomotricité,
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis,
- Tout soin non prescrit par un médecin ou inutile du strict point de vue médical,
- Tout soin médical ou dentaire qui ne répond pas aux normes professionnelles, les prothèses dentaires provisoires,
- Les actes pour lesquels l'Adhérent ou l'assuré n'a pas fait la demande d'entente préalable nécessaire, ou dont la demande préalable a été refusée,
- Toute opération chirurgicale qui n'est pas nécessitée par une urgence médicale, sauf si elle a fait l'objet d'un accord préalable de l'Assureur,
- Les frais afférents aux traitements esthétiques (ou assimilables) de toute origine et de toute nature, sauf cas particulier (suite à un accident survenu pendant la période d'assurance du présent contrat) ayant donné lieu à un accord préalable écrit de l'Assureur, et dans les conditions et limites stipulées par celui-ci,
- Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- Tous les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampoing...,
- Les frais annexes, tels que le téléphone, la télévision, en cas d'hospitalisation,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde (limitation à 30 jours),

- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé), déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,
- Les traitements pour lutter contre l'obésité, l'amaigrissement, le rajeunissement, ou tout traitement à but esthétique
- Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- Les frais de transport autres qu'ambulance,
- Les traitements considérés comme expérimentaux,
- Les traitements podologiques ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie,
- Les cures thermales, ou de thalassothérapie,
- Les cures de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés),
- Les frais d'interruption volontaire de grossesse,
- Les frais afférents aux accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de l'ayant droit, et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- Les soins relatifs aux accidents et maladies antérieurs à la date d'adhésion et/ou non-déclarés à l'Assureur
- Les soins liés à des exclusions particulières qui vous ont été signifiées dans le certificat d'adhésion
- Les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical.
- Toute maladie pré-existante, c'est-à-dire une affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion, et dont vous avez eu connaissance ou auriez pu avoir connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.

Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

Les conséquences de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel sont également exclues de toute prise en charge.

CAS PARTICULIERS LIÉS À LA PRATIQUE SPORTIVE

La pratique des sports cités ci-après est totalement exclue :

- **Sports extrêmes** : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump, kite surf.

La pratique des sports cités ci-après est totalement exclue, sauf pour les seules initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'Etat sont couvertes, à l'exception des sports « extrêmes ».

- **Sports de montagne** : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
- **Sports aériens** : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, Skysurfing
- **Sports nautiques** : plongée avec bouteille, surf, hydro speed,
- **Sports automobiles** : pilotage d'auto, de moto ou de karting.
- **Sports de défense et de combat**