

**DG-ASPI Santé 0320**  
Réf. EQC1028A\_NI\_03/2018

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

# THE *French* ASSURANCE



Liberté, Egalité, Bien Assuré



Contrat d'assurance collectif  
à adhésion facultative  
N° AQ000750

L'Équité




**BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES**

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

**EMERGENCY BONUS : Pendant la période d'Emergency Bonus éventuellement choisie par l'adhérent, les garanties sont accordées uniquement en cas d'accident ou de maladie inopinée, selon les termes de l'article DELAIS D'ATTENTE PENDANT L'EMERGENCY BONUS ci-après.**

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

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

**GARANTIES 1/2**

<b>ACTES</b>	<i>Liberté</i>	<i>Liberté PLUS</i>	<i>Egalité</i>	<i>Egalité PLUS</i>
<b>Plafond annuel par assuré</b>	<b>1 000 000 €</b>	<b>1 000 000 €</b>	<b>750 000 €</b>	<b>750 000 €</b>
<b>Hospitalisation (1) (3)</b>				
Hospitalisation chirurgicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation médicale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Hospitalisation psychiatrique	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an	100 % des Frais réels maxi 30 jours/an
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Examens, analyses et pharmacie	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Actes médicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre privée	100 € / jour	100 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
Chambre semi-privée	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Lit d'accompagnant (enfants de moins de 12 ans)	45 € / jour	45 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
Forfait journalier	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Consultations externes liées à une hospitalisation	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chirurgie ambulatoire de jour	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Rééducation immédiate suite à hospitalisation	100 % des Frais réels maxi 30 j/an	100 % des Frais réels maxi 30 j/an	100 % des Frais réels maxi 30 j/an	100 % des Frais réels maxi 30 j/an
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à accident	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du cancer	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement du sida	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Greffe d'organe	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Traitement d'urgence dans le monde entier (hors la zone d'expatriation, durée de déplacement maxi 60 jours)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Transport en ambulance	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
<b>Maternité</b>				
Maternité (1)	NON	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an maxi 3000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 2500 € / an
dont frais d'accouchement et ses suites	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont Séances de préparation à l'accouchement	NON	maxi 5 séances 40 €/séance	NON	maxi 5 séances 25 €/séance
dont test de dépistage du VIH	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
dont diagnostic des anomalies chromosomiques	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Accouchement avec chirurgie (1)	NON	100 % des Frais réels maxi 10 000 € / an maxi 6000€ / an pour Zone A + France	NON	100 % des Frais réels maxi 5000 € / an
Transport en ambulance	NON	100 % des Frais réels	NON	90 % des Frais réels

(1) Après entente préalable.

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

**GARANTIES 1/2**

<b>ACTES</b>	<i>Liberté</i>	<i>Liberté PLUS</i>	<i>Egalité</i>	<i>Egalité PLUS</i>
<b>Plafond annuel par assuré</b>	1 000 000 €	1 000 000 €	750 000 €	750 000 €
<b>Médecine courante</b>				
Honoraires médicaux	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
Généraliste	maxi 100 €	maxi 100 €	maxi 40 €	maxi 40 €
Spécialiste	maxi 130 €	maxi 130 €	maxi 60 €	maxi 60 €
Pharmacie	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux (2) : Soins infirmiers, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	100 % des Frais réels maxi 80 € par acte	100 % des Frais réels maxi 80 € par acte	80 % des Frais réels maxi 40 € par acte	80 % des Frais réels maxi 40 € par acte
Biologie médicale et Radiologie (y compris IRM) (2)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels
Actes techniques médicaux (Hors établissement hospitalier) (2)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	80 % des Frais réels	80 % des Frais réels
<b>Prévention</b>				
Bilan de santé (un bilan tous les 2 ans) (1)	100 % des Frais réels maxi 300 € / an	100 % des Frais réels maxi 300 € / an	NON	NON
Acte de prévention	NON	100 % des Frais réels	NON	100 % des Frais réels
Vaccins	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
Dépistage du cancer du sein (une mammographie tous les 2 ans, pour les femmes de 50 ans et plus)	NON	100 % des Frais réels	NON	NON
Dépistage du cancer de la prostate (examens de dépistage pour les hommes de 50 à 75 ans)	NON	100 % des Frais réels	NON	NON
<b>Médecines Douces</b>				
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Homéopathie, Médecine traditionnelle chinoise (limitée à Chine, Thaïlande, Hong-Kong, Singapour, Vietnam)	100 % des Frais réels maxi 50 € / acte et un maxi de 500 € / an	100 % des Frais réels maxi 50 € / acte et un maxi de 500 € / an	80 % des Frais réels maxi 30 € / acte et un maxi de 240 € / an	80 % des Frais réels maxi 30 € / acte et un maxi de 240 € / an
<b>Optique</b>				
Verres + Monture ou Lentilles	NON	100 % des Frais réels maxi de 450 € / 2 ans	NON	90 % des Frais réels maxi de 300 € / 2 ans
Chirurgie réfractive de l'œil (1)	NON	100 % des Frais réels maxi de 450 € / 2 ans	NON	100 % des Frais réels maxi de 300 € / 2 ans
<b>Dentaire</b>				
		<b>Maxi de 2000 € / an 1000 € la 1<sup>ère</sup> année</b>		<b>Maxi de 1000 € / an 500 € la 1<sup>ère</sup> année</b>
Soins dentaires (2)	NON	100 % des Frais réels maxi 200 € / dent	NON	90 % des Frais réels maxi 100 € / dent
Prothèses dentaires (1)	NON	100 % des Frais réels maxi 400 € / dent	NON	90 % des Frais réels maxi 200 € / dent
Orthodontie des enfants (1) (lim. 3 ans, age lim. 16 ans)	NON	100 % des Frais réels maxi 1000 € / an	NON	90 % des Frais réels maxi 600 € / an
<b>Prothèses médicales</b>				
Prothèses médicales, petit appareillage et accessoires de traitement (1)	NON	100 % des Frais réels maxi 600 € / an	NON	90 % des Frais réels maxi 300 € / an

(1) Après entente préalable.

(2) Après entente préalable pour les actes supérieurs à 1000 € ou actes en série supérieurs à 10.



## A. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### OBJET DU CONTRAT

Sur la demande de MY FRENCH ASSURANCE, l'ASPI a souscrit auprès de l'assureur L'EQUITE, ci-après dénommée « LA COMPAGNIE » un contrat d'assurance sous le N°AQ000750.

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

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

La gestion est déléguée à GAPI : Gestion des assurances de personnes à l'international - Zone d'activité ACTIBURO - 99 Rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq - France

### CONDITIONS D'ADHESION

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

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

### FORMALITES D'ADHESION

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

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

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

### VENTE A DISTANCE : FACULTE DE RENONCIATION

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

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

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à : Zone d'activité ACTIBURO - 99 Rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq. La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

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

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro du contrat : .....

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

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

Fait le ...../...../....., à .....

Signature du Souscripteur.

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

### ADHERENT

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

### BENEFICIAIRES DE L'ADHERENT : LES ASSURES

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

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

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

#### Pour l'adhérent :

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

#### Pour les assurés :

- A la date d'admission de l'adhérent lorsque les assurés figurent sur le bulletin d'adhésion initial de l'adhérent
- Conjoint : à la date du mariage lorsque la demande d'admission est effectuée dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Nouveau-né : Les enfants qui naîtraient 10 mois après votre adhésion au Contrat sont réputés admis, sans formalités médicales, sous réserve que leur naissance soit déclarée au Délégué dans le mois suivant leur date de naissance. Dans ce cas, leur inscription prendra effet au jour de leur naissance. La tarification s'ajustant à la nouvelle composition de l'adhésion.
- Autres cas: le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

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

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

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

### CESSATION DES GARANTIES

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

Elle est résiliée de plein droit dans les cas suivants :

- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'adhérent cesse d'adhérer.
  - en cas de non paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 et 113-3 du code des Assurances français et à l'article « Paiement des Cotisations ».
  - en cas de retrait total de l'agrément de LA COMPAGNIE, le 40<sup>ème</sup> jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratifs de LA COMPAGNIE.
  - en cas de décès de l'adhérent. En présence d'assurés, les garanties leur sont maintenues jusqu'à la fin du trimestre civil en cours.
- Les garanties cessent pour l'adhérent et donc pour les assurés à la date de la résiliation.

Cas particulier : L'Adhérent regagnant définitivement son pays d'origine doit en informer LA COMPAGNIE par l'intermédiaire de GAPI au moins un mois avant sa date de retour. L'adhésion cessera à la fin du trimestre civil en cours au jour où LA COMPAGNIE en est informée. Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties. Dès lors que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les Adhérents.

## CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction :

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

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

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

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

## EMERGENCY BONUS

L'Emergency Bonus permet d'obtenir une réduction de tarif temporaire en contrepartie d'un délai d'attente spécifique. Si l'adhérent a choisi l'application d'un Emergency Bonus, les cotisations sont réduites durant toute la durée choisie par l'adhérent et jusqu'à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion. Cette durée n'est pas modifiable après édition du Certificat d'Adhésion.

Pendant l'application de cette réduction il n'est pas possible d'ajouter des assurés.

La fin de l'application de cette réduction accordée initialement à la demande de l'adhérent ne peut être un motif de résiliation anticipée de l'adhésion.

Les cotisations sont révisées et évoluent selon les dispositions de l'article CALCUL DES COTISATIONS.

## MODIFICATION DES GARANTIES

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

### • En cas de diminution des garanties :

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

### • En cas de majoration des garanties :

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

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

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

**Si l'assuré choisit de bénéficier de l'Emergency Bonus, les modifications ci-dessus sont impossibles pendant la durée d'application de l'Emergency Bonus.**

## PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

## CONTROLE DES DEPENSES

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

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

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

## LES DECLARATIONS

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

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

Les déclarations de l'assuré figurent dans le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé.

A la souscription ou en cours de contrat, l'adhérent doit déclarer l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

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

## PRESCRIPTION

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

### Article L 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

### Article L 114-2 :

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

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

### Article L 114-3 :

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

## Conformément au Code civil :

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

### Article 2240

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

### Article 2241

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

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

### Article 2242

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

### Article 2243

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

### Article 2244

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

### Article 2245

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

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

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

**Article 2246**

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

**SUBROGATION**

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

**EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION**

• **Examens des réclamations**

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

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

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

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

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

• **Médiation**

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

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

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

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

**AUTORITE DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS92459 – 75436 Paris cedex 09.

**PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

• **Identification du responsable de traitement**

**Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.**

GAPI, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- **Souscription des contrats ;**
- **Gestion de la vie du contrat ;**
- **Encaissement et recouvrement des primes ;**
- **Gestion et règlement des sinistres ;**
- **Gestion des réclamations ;**
- **Archivages des pièces de gestion.**

• **Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement**

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entrainer des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins

• **Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.**

**Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :**

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

**La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

#### • Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par GAPI. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de GAPI. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

#### • Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

#### • Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

#### • Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

#### • Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

#### • L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,

- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,

- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,

- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,

- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

**- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.**

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : [dpo@gapigestion.com](mailto:dpo@gapigestion.com)

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

[droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

#### • Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

#### • Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données GAPI, à l'attention du DPO, Parc ACTIBURO, 99 Rue Parmentier, 59650 Villeneuve d'Ascq ou par mail : [dpo@gapigestion.com](mailto:dpo@gapigestion.com)

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)

#### **DISPOSITIONS DIVERSES**

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

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

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

## B. DEFINITION DES GARANTIES

### ETENDUE GEOGRAPHIQUE

Pour être garantis, les frais médicaux doivent avoir été exposés dans le pays d'expatriation ou un pays de la zone de souscription géographique qui correspond aux tarifs de souscription : A, B, C, D, ou E.

Une tolérance sera acceptée pour les déplacements de moins de 60 jours hors du pays d'expatriation et hors de la zone de souscription, pour les soins d'urgence consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée, s'ils n'étaient prévisibles avant le déplacement. **Les frais de déplacement restent à votre charge exclusive.** En tout état de cause, toute hospitalisation est subordonnée à la formalité d'entente préalable telle que définie dans l'article « ENTENTE PREALABLE » ci-après.

La zone A de souscription correspond aux pays de la zone A.  
La zone B de souscription correspond aux pays de la zone A et B.  
La zone C de souscription correspond aux pays de la zone A, B et C.  
La zone D de souscription correspond aux pays de la zone A, B, C et D.  
La zone E de souscription correspond aux pays de la zone A, B, C, D et E.

La zone A correspond aux pays suivants : France, Belgique, Afrique hors Afrique du Sud.  
La zone B correspond aux pays du monde entiers excepté les pays cités dans les zones A, C, D, E et les pays hors zone.  
La zone C correspond aux pays suivants : Allemagne, Chili, Espagne, Mexique.  
La zone D correspond aux pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Israël, Italie, Liban, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Chine.  
La zone E correspond aux pays suivants : Brésil, Emirats Arabes Unis, Hong Kong, Singapour.

**Les USA, Canada, Japon, Suisse, Bahamas sont hors zone.**

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

L'adhérent peut modifier son choix :

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

### DELAI D'ATTENTE HORS EMERGENCY BONUS

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

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

- Hospitalisation en cas d'accident ou maladie inopinée :	0 mois
- Hospitalisation :	3 mois
- Prothèses dentaires :	9 mois
- Prothèses :	9 mois
- Soins orthodontiques :	9 mois
- Optique :	9 mois
- Maternité (frais liés à la maternité : grossesse, accouchement et ses suites) :	12 mois

**Le délai d'attente de 3 mois pour hospitalisation est supprimé en cas d'accident ou de maladie inopinée.**

### DELAI D'ATTENTE EN CAS D'EMERGENCY BONUS

Si l'adhérent a choisi l'application d'un Emergency Bonus, les délais d'attente ne peuvent pas être supprimés.

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

- Maladie- soins courants en cas d'accident ou maladie inopinée :	0 mois
- Hospitalisation en cas d'accident ou maladie inopinée :	0 mois
- Maladie – soins courants :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus
- Hospitalisation :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus
- Prothèses dentaires :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus et 9 mois au minimum
- Prothèses :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus et 9 mois au minimum
- Soins orthodontiques :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus et 9 mois au minimum
- Optique :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus et 9 mois au minimum
- Maternité (frais liés à la maternité : grossesse, accouchement et ses suites) :	jusqu'à la date de fin de l'Emergency Bonus et 12 mois au minimum

### ETENDUE DE LA GARANTIE

#### Définitions :

- Franchise : Part de l'indemnité restant à votre charge lors d'un sinistre. Par franchise annuelle, il faut entendre franchise par année civile.
- Maladie inopinée : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical sous 48 heures.
- Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- Accident : Evènement soudain et fortuit atteignant toute personne physique, non intentionnel de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et imprévisible.

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

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

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

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

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

## LISTE DES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE

### Hospitalisation

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

- le séjour à l'hôpital en chambre à un seul lit,
- les repas,
- toutes installations médicales hospitalières,
- le traitement et les services médicaux prescrits par un médecin en cas d'hospitalisation ou d'admission dans un hôpital de jour, notamment les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste, les honoraires du médecin, les consultations, les procédures de diagnostics, vaccinations et les médicaments prescrits par ordonnance,
- le séjour dans un service de réanimation en cas de nécessité médicale,
- en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans, l'hébergement de nuit pour un parent pour une durée de 30 jours par an, dans le même hôpital ou, en cas d'impossibilité, la chambre et le petit déjeuner dans un hôtel proche pour une durée de 30 jours par an,
- la chirurgie dans un hôpital de jour,
- durant les trois mois suivant immédiatement la sortie d'hôpital du bénéficiaire, le traitement post-hospitalier au titre de soins externes, dispensé ou prescrit par son médecin traitant et résultant directement de l'hospitalisation du bénéficiaire,
- rééducation immédiate suite à hospitalisation : rééducation réalisée immédiatement suite à une hospitalisation ouvrant droit à prestation alors que l'assuré est toujours hospitalisé.

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

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

### Maternité

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

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

### Transport en ambulance

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

### Médecine ambulatoire courante

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

- Consultations
- Actes techniques médicaux et petits actes de chirurgie,
- Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes orthophonistes, orthoptistes), les actes de biologie médicale et les actes d'imagerie médicale ayant fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin ou chirurgien qualifié.
- Médecine douce : les actes d'acuponcteur, ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, pratiqués par des professionnels qualifiés, médecine traditionnelle chinoise pour les pays suivants : Chine, Thaïlande, Hong-Kong, Singapour et Vietnam.
- Frais pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin ou chirurgien qualifié, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie. Les médicaments ouvrant droit à prestation sont consultables sur le site [www.vidal.fr/fiches-medicaments](http://www.vidal.fr/fiches-medicaments), et pour lesquels la Sécurité Sociale française accorde un remboursement total ou partiel.
- Vaccins, dans le cadre d'un calendrier vaccinal conforme aux règles sanitaires du pays de destination.
- Bilan de santé.

### Optique

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

- Verres,
- Montures,
- Lentilles de contact,
- Chirurgie réfractive de l'œil.

### Actes dentaires

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

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

### Prothèses médicales d'appareillage

Les frais ouvrant droit à prestation sont les :

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

### Prestations de prévention

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

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

- les vaccinations suivantes, seules et combinées :
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG avant 6 ans ;
  - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - Haemophilus influenzae B ;
  - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - Audiométrie tonale ou vocale ;
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
  - Audiométrie vocale dans le bruit ;
  - Audiométrie tonale et vocale ;
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- dépistage de l'hépatite B.
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum.
- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

## ENTENTE PREALABLE

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

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

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

### Hospitalisation

L'entente préalable est nécessaire à chaque hospitalisation.

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

### Maternité

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

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

### Médecine courante

Les actes d'auxiliaires médicaux en série dès lors que le nombre est supérieur à 10, sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Les actes techniques médicaux sont soumis à la formalité d'entente préalable, dès lors que ces actes sont supérieurs à 1000 euros.

Les actes de biologie médicale, de radiologie sont soumis à la formalité d'entente préalable, dès lors que ces actes sont supérieurs à 1000 euros.

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

## Actes dentaires

Sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

- Les soins dentaires supérieurs à 1000 euros,
- Les inlays core ou faux moignons,
- Les inlays, onlays,
- Les traitements parodontaux,
- Les prothèses dentaires,
- L'orthodontie (traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant ayant droit).

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

## Les autres prothèses médicales

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

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

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

## EXCLUSIONS ET LIMITATIONS sont exclus de la garantie :

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

## C. LE SINISTRE

### PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

#### Pour la maladie et l'accident

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

#### • Pour les frais exposés dans le pays d'expatriation figurant au bulletin d'adhésion pour les frais médicaux inférieurs à 1000€ :

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

#### • Pour les frais exposés en France :

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

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

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

#### Pour la maternité

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

### OBSERVATION SUR LES PIECES A FOURNIR

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

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

LA COMPAGNIE se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués.

### REGLEMENT DES PRESTATIONS A L'ETRANGER

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

### ARBITRAGE

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

### L'EQUITE ASSURANCES :

L'Équité, Société Anonyme au capital de 26.469.320 euros

Entreprise régie par le Code des assurances

572 084 697 RCS Paris - Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

### ASPI :

Association Santé Prévoyance Internationale

Siège social : Parc ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

### GAPI :

SAS au capital de 55.000 € - 490 676 228 RCS Paris

Adresse postale : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO

99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

N°ORIAS : 10056960 - www.orias.fr

### MY FRENCH ASSURANCE

SARL au capital de 4 000 000 XPF - RCS PAPEETE TPI 17373 B,

siège social Miri 197, Punaauia, BP60143, Faa'a.

Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile

et Garantie financière conformes au Code des Assurances, MMA N° 230845

L'Équité

