

CAP EXPATRIÉ

Au 1er Euro, Police n° 210/864013/10000

En complément de la CFE, Police n° 210/864013/20000

Détaché en complément de la Sécurité Sociale, Police n° 210/864013/30000



GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, a pour objet la prise en charge, dans la limite des frais réels, des dépenses de santé engagées, durant la période de couverture, par l'adhérent membre de l'Association AVEE s'expatriant dans un pays étranger, en qualité d'expatrié (contrat n° 210/864013/10000 - Couverture au 1er euro ou contrat n° 210/864013/20000 - Couverture en complément de la CFE) ou en qualité de détaché (contrat n° 210/864013/30000 - Couverture en complément de la Sécurité Sociale) hors de son pays de nationalité, ainsi que par ses ayants droit résidant dans le même pays étranger ci-après définis, s'ils sont inscrits au contrat.

ARTICLE 2 – ÉTENDUE TERRITORIALE

Les zones de couverture sont définies comme suit :

- Zone A :
Bahamas, Dubaï, Hong Kong, Singapour, Suisse, USA,
- Zone B :
Brésil, Canada, Chine, Israël, Japon, Russie, UK,
- Zone C :
Monde entier hors zone A et zone B.

Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères, l'adhésion au contrat peut être exclue pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère ou alors, soumise à l'acceptation préalable de l'assureur si le pays est classifié déconseillé pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.

La présente notice d'information valant conditions générales est complétée par un certificat d'adhésion prévu à l'article 4. Le contrat prévoit 3 formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation. Le tableau figurant à l'article 8 reprend les garanties proposées dans le cadre de chaque formule.

Selon la situation de l'adhérent vis à vis de la Sécurité Sociale, de la CFE, les prestations sont versées soit en complément de celles servies par la Sécurité Sociale ou la CFE, soit au 1er euro.

La formule retenue par l'adhérent applicable tant à lui même qu'à ses ayants droit le cas échéant ainsi que sa situation vis-à-vis de la Sécurité Sociale ou la CFE sont indiquées au certificat d'adhésion.

Le pays d'expatriation de l'adhérent détermine la zone de couverture dans laquelle les garanties sont acquises.

Toutefois, si l'adhérent ou ses ayants droit se déplacent hors du pays d'expatriation, lors de voyage, professionnel ou privé dont la durée n'excède pas 90 jours continus, les garanties sont également acquises, pour les seuls frais consécutifs à une **maladie inopinée ou un accident** :

- hors de la zone géographique de couverture (dans les pays de la zone B pour l'adhérent et ses ayants droit qui auraient souscrit en zone A)
- en France ou dans un DROM, POM ou COM.

ARTICLE 3 - DÉFINITIONS

Les définitions suivantes sont retenues :

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article 1315 du code civil, il appartient à l'adhérent ou ayant droit d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

ADHÉRENT :

Toute personne membre de l'association AVEE, âgée de plus de 18 ans et de moins de 65 ans qui adhère au contrat et s'engage aux obligations correspondantes, s'expatriant à l'étranger hors de son pays de nationalité, dans un cadre privé ou professionnel et ses ayants droit résidant dans le même pays étranger s'ils sont inscrits à l'adhésion et dont la cotisation a été acquittée.

ÂGE :

L'âge est calculé par différence de millésime.

ANNÉE D'ASSURANCE :

Période annuelle de couverture dont la durée est de 12 mois, du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année (excepté la 1^{ère} année en cas d'adhésion au contrat en cours d'exercice).

AN (PAR AN) :

La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles notamment dans le tableau des garanties figurant à l'article 8 signifie « par année civile ».

ASSOCIATION CONTRACTANTE :

ASSOCIATION ALLIANCE DES VOYAGEURS À L'ÉTRANGER ET EXPATRIÉS – AVEE, Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

AYANT(S) DROIT :

Sont considérés comme ayant droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat et qu'ils vivent dans le pays d'expatriation de

l'adhérent : le conjoint, partenaire lié à l'adhérent par un pacte civil de solidarité ou concubin de l'adhérent, âgé de moins de 65 ans et les enfants à charge tels que définis ci-après.

Un seul conjoint, partenaire ou concubin est pris en compte par l'assureur.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document actant de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe, indiquant sa date de prise d'effet, le nom et prénom de l'adhérent ainsi que celui de ses ayants droit inscrits au contrat, la zone de couverture choisie, la formule de garanties retenue et la cotisation afférente.

COM :

Collectivités d'Outre-Mer (Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Saint-Martin).

CONCUBINAGE :

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONCUBIN :

Personne vivant en concubinage avec l'adhérent dans le même pays d'expatriation, âgé de moins de 65 ans, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

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

L'assureur se réserve la possibilité, tout au long de l'adhésion, de demander toute preuve de la situation de concubinage notamment toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

En cas de concubin multiple, le plus âgé sera pris en considération par l'assureur.

CONJOINT :

Conjoint de l'adhérent non divorcé ni séparé de corps judiciairement, âgé de moins de 65 ans, exerçant ou non une activité professionnelle, sous réserve qu'il vive dans le pays d'expatriation de l'adhérent.

COTISATION :

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

COÛTS RAISONNABLES ET USUELS :

Les dépenses médicales engagées doivent être en adéquation avec les tarifs usuels pratiqués dans le pays où les dépenses sont engagées. Toutes dépenses dont le tarif sera jugée inapproprié au regard des actes effectués seront refusés.

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION :

Date inscrite au certificat d'adhésion marquant le début de l'adhésion au contrat.

DÉLAI D'ATTENTE :

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

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE :

Avant d'engager certains types de frais de soins (par

exemple : hospitalisation, traitement en série, prothèses de toute nature), l'adhérent doit préalablement demander et obtenir l'accord de l'assureur pour que la prise en charge soit effective. Les frais concernés figurent au tableau de garanties. La demande d'entente préalable concerne notamment tout acte d'un montant supérieur à 1 000 euros.

DOMICILE :

Lieu de résidence habituel dans le pays d'expatriation.

DROM :

Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte).

ENFANT À CHARGE :

Enfant de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin, âgé de moins de 26 ans, fiscalement à la charge de l'adhérent (ou à celle de son concubin), non salarié et poursuivant ses études, vivant dans le pays d'expatriation de l'adhérent.

FRAIS RÉELS :

Ce terme désigne le montant des dépenses facturées et effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé.

HOSPITALISATION (PLUS DE 24 HEURES) :

Désigne un séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue d'un traitement médical ou chirurgical, d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE (MOINS DE 24 HEURES) :

Séjour d'une durée inférieure à 24 heures dans un établissement hospitalier (public ou privé) en vue d'un traitement médical ou chirurgical consécutivement à un accident, à une maladie ou une maternité.

MALADIE :

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

MALADIE INOPINÉE :

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

MALADIE PRÉEXISTANTE :

Toute maladie, pathologie, affection ou infection qui s'est manifestée avant la date d'adhésion au contrat et dont l'adhérent avait ou aurait pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au contrat.

Une maladie préexistante n'est pas garantie par l'assureur dès lors qu'elle a fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

MATERNITÉ :

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

ORTHODONTIE :

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes.

Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ – PACS :

Un pacte civil de solidarité est un contrat de droit français conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune

(article 515-1 du code civil).

PARTENAIRE :

Personne liée à l'adhérent par un PACS, âgé de moins de 65 ans, exerçant ou non une activité professionnelle, vivant dans le pays d'expatriation de l'adhérent.

PAYS DE NATIONALITÉ :

Tout pays dont l'adhérent dispose d'une pièce d'identité en cours de validité et dont il est citoyen ou ressortissant.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE :

Après accord préalable de l'assureur, l'adhérent (ou l'ayant droit) hospitalisé peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais dans l'établissement hospitalier.

POM :

Pays d'Outre-Mer (Polynésie française et Nouvelle-Calédonie).

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE – « RO » :

La Sécurité Sociale ou la Caisse des Français à l'Étranger – CFE ou aucun en cas d'adhésion au contrat sur une formule au 1^{er} euro.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse des adhérents eux-mêmes ou de leurs ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient. Toutefois, si l'adhérent et/ou ses ayants droit inscrits au contrat souhaitent obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats frais de santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par le régime de protection sociale et/ou par les complémentaires santé. Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr/index.jsp>

ADHÉRENT – PERSONNES GARANTIES ET FORMULES DE GARANTIES

ARTICLE 4 – ADHÉSION DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION CONTRACTANTE

1) ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée à tout membre de l'association AVEE, demandant à adhérer au contrat, sous réserve :

- qu'il soit âgé de 18 ans plus et de moins de 65 ans,
- qu'il s'expatrie à l'étranger hors de son pays de nationalité, dans un cadre privé ou professionnel,
- d'avoir complété et signé la demande d'adhésion au contrat,
- d'avoir complété et signé le questionnaire médical au maximum 3 mois avant la date de prise d'effet souhaitée.

2) CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir une demande

d'adhésion comportant notamment une autorisation de prélèvement et un questionnaire médical, par laquelle il fournit les renseignements concernant la formule de garanties demandée et les personnes à garantir au titre de l'adhésion.

Il doit en parallèle fournir :

- son code IBAN pour le versement des prestations,
- l'accord de prélèvement par carte bancaire en fonction du fractionnement de la prime choisie,
- le cas échéant, l'attestation d'assuré à la CFE de chaque personne assurée au titre de l'adhésion au contrat,
- une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) en cours de validité,
- et éventuellement un justificatif de domicile de moins de 3 mois ou une attestation d'hébergement notamment en cas de concubinage.

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation médicale de l'assureur, celui-ci se réservant le droit de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites sur le questionnaire médical. Si la personne à assurer présente un risque aggravé, l'assureur peut être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à la refuser.

En outre, l'assureur se réserve le droit de refuser l'adhésion de toute personne exerçant une profession présentant un caractère dangereux ou très spécifique.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « adhérent ».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat qui complète la présente notice d'information valant conditions générales.

Le certificat d'adhésion indique notamment :

- les noms, prénom, date de naissance et adresse de l'adhérent et de ses ayants droit garantis le cas échéant,
- sa situation vis-à-vis de la Sécurité Sociale ou de la CFE (inscription ou non),
- la date d'effet de l'adhésion,
- la formule de garanties choisie,
- la zone de couverture correspondant au pays d'expatriation,
- la cotisation correspondante.

ARTICLE 5 – PERSONNES GARANTIES

Selon le choix de l'adhérent et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit tels qu'ils sont définis à l'article 3.

L'inscription au contrat des ayants droit de l'adhérent (conjoint, partenaire du PACS ou concubin et enfants à charge) est laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix de l'adhérent.

En conséquence :

- l'adhérent peut demander l'inscription de certains ou de l'ensemble de ses ayants droit, lors de son adhésion ou postérieurement à celle-ci dans les conditions définies ci-après,
- seuls seront pris en compte les ayants droit nominativement inscrits au contrat sous réserve, en outre, que la cotisation nécessaire à leur prise en charge soit payée à l'assureur.

Pour être garantis, les ayants droit doivent se soumettre aux formalités médicales dans les conditions prévues au paragraphe 2) de l'article 4.

Par dérogation à ce qui précède, les enfants de l'adhérent nés postérieurement à son adhésion au contrat sont admis sans formalités médicales sous réserve qu'ils soient déclarés à l'assureur dans un délai de 30 jours suivant leur date de naissance.

Les délais d'attente prévus à l'article 13 sont appliqués pour chacun des ayants droit, à partir de la date d'effet de son inscription au contrat.

Postérieurement à son adhésion, l'adhérent peut demander à modifier ses ayants droit (inscription ou radiation).

Ce changement prendra effet :

- dans les conditions prévues à l'article 13 en cas d'inscription d'un nouvel ayant droit,
- dans les conditions prévues à l'article 15 en cas de radiation d'un ayant droit.

Lorsque l'adhérent aura demandé la radiation d'un ou de plusieurs de ses ayants droit alors même que les intéressés continuent à répondre aux définitions contractuelles, l'adhérent ne pourra demander leur réinscription qu'après expiration d'un délai de 2 années civiles complètes suivant leur radiation. La réinscription de ces ayants droit ne pourra intervenir qu'au 1^{er} janvier d'une année civile, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur 2 mois au moins avant le 1^{er} janvier considéré.

ARTICLE 6 – FORMULES DE GARANTIES

Le contrat Cap Expatrié prévoit 3 formules de garanties : une formule Basic, une formule Intermédiaire et une formule Premium.

Les prestations prévues par chacune de ces formules de garanties sont versées soit en complément des remboursements de la CFE, soit au 1^{er} euro.

Chaque formule prévoit un plafond de remboursement par personne assurée et par an.

Chaque adhérent souscrit la formule de son choix.

La formule de garanties retenue est applicable tant pour l'adhérent lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat.

Ce choix doit être effectué par chaque adhérent lors de son adhésion au contrat et doit être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'adhérent.

Ultérieurement, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garanties ou de cotisation, tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat, dans les conditions de l'article 14.

Dans tous les cas, l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat doivent bénéficier de la même formule de garanties.

REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 7 – NATURE DES REMBOURSEMENTS

Sont remboursées toutes les dépenses d'ordre médical et chirurgical, médicalement justifiées, prescrites par une autorité médicale qualifiée, engagées auprès d'un praticien possédant les diplômes requis pour l'exercice de sa profession et qui sont (ou seraient) prises en charge par la Sécurité Sociale ou la CFE. Pour les actes intervenant en France ou pris en charge par la Sécurité Sociale ou la CFE, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence aux

nomenclatures de la Sécurité sociale française.

Sous réserve qu'ils figurent dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent, les actes pris en compte par l'assureur sont les suivants :

HOSPITALISATION MÉDICALE - HOSPITALISATION CHIRURGICALE – ACTES ET FRAIS DE CHIRURGIE

(Frais de séjour - Honoraires des praticiens – Frais de chambre particulière de niveau standard - Transport du malade en véhicule sanitaire terrestre, à l'exclusion du rapatriement sanitaire - Actes et frais de chirurgie, d'anesthésiologie, de radiothérapie, de pharmacie opératoire, de salle d'opération, d'exams, de fourniture de sang, plasma, oxygène, matière plâtrée).

MÉDECINE GÉNÉRALE - SPÉCIALITÉS - ANALYSES ORTHOPÉDIE - PROTHÈSES NON DENTAIRES

(Consultations et visites du généraliste ou du spécialiste – Actes de pratique médicale courante, d'auxiliaires médicaux, d'analyses médicales, d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique – Frais de prothèses médicales et d'orthopédie – Actes de spécialités – Actes de radiologie)

PHARMACIE

(Frais pharmaceutiques sur prescription médicale y compris les contraceptifs et les vaccins)

OPTIQUE

(Frais de monture, de verres et de lentilles cornéennes y compris jetables)

DENTAIRE

(Frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, d'orthodontie si le traitement débute avant l'âge de 16 ans et d'implantologie).

MATERNITÉ

[fourniture d'un certificat de grossesse obligatoire] (Frais d'hospitalisation liés à l'accouchement : honoraires, frais de séjour et frais de chambre particulière - Exams pré et post accouchement – Séances de préparation à l'accouchement sous réserve d'entente préalable - Diagnostic des anomalies chromosomiques sous réserve d'entente préalable)

et

PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

(Frais de recherche des causes d'infertilité - Frais relatifs à la fécondation in vitro [consultations, actes de chirurgie, actes de biologie médicale] - Frais pharmaceutiques). L'assureur prend en charge un maximum de trois tentatives, sous réserve d'entente préalable, pendant toute la durée d'inscription au contrat.

PRÉVENTION ET MÉDECINE ALTERNATIVE

(Cures thermales médicalement prescrites – Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététicien et phytothérapie – Ostéodensitométrie médicalement prescrite – Dépistage médicalement prescrit VIH, Hépatite, Cancer du sein, Cancer de la prostate – Bilan de santé)

ARTICLE 8 – TABLEAU DES GARANTIES

Actes ^(*)	FORMULE BASIC	FORMULE INTERMÉDIAIRE	FORMULE PREMIUM
Montant maximum des remboursements de l'assureur, tous postes confondus, par an et par personne garantie	500 000 euros	750 000 euros	1 000 000 euros
Hospitalisation (>24 heures) médicale ou chirurgicale à l'exclusion de l'hospitalisation relative à la maternité (carence 1 mois sauf accident)			
Frais de séjour	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux – Actes de chirurgie ⁽¹⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Traitements médicaux, examens de laboratoire, radiographie et médicaments pendant l'hospitalisation ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait hospitalier en cas d'hospitalisation en France		100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - Pendant les 365 premiers jours d'hospitalisation - à compter du 366 ^{ème} jour d'hospitalisation	100 % FR avec un maximum de : 100 €/jour 150 €/jour	100 % FR avec un maximum de : 200 €/jour 250 €/jour	100 % FR avec un maximum de : 300 €/jour 100 % FR
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 12 ans garanti par le contrat dans la limite maximum de 30 jours par hospitalisation	100 % FR avec un maximum de : 50 €/jour	100 % FR avec un maximum de : 100 €/jour	100 % FR avec un maximum de : 150 €/jour
Transplantation d'organes (1)	100% FR	100% FR	100%
Limite en cas d'hospitalisation pour troubles mentaux, affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique	3000 €/an et par personne garantie	3000 €/an et par personne garantie	3000 €/an et par personne garantie
Transport en ambulance (sur prescription médicale) à l'exclusion du rapatriement sanitaire	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation ambulatoire <24 heures (carence 1 mois sauf accident)			
Traitements de chirurgie, de chimiothérapie, de radiothérapie, dialyse ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Traitements médicaux, examens de laboratoire et radiographies consécutifs à une chirurgie ambulatoire ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Traitement au service des urgences en cas de maladie aiguë ou de blessure	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médecine générale ambulatoire courante (carence 1 mois sauf accident)			
Consultation Généraliste	90 % FR avec un maximum de 150 €/consultation	100 % FR avec un maximum de 200 €/consultation	100 % FR avec un maximum de 500 €/consultation
Consultation Spécialiste Limite pour les psychiatres, par an et par personne garantie de	90 % FR avec un maximum de 150 €/consultation 30 consultations	100 % FR avec un maximum de 200 €/consultation 30 consultations	100 % FR avec un maximum de 500 €/consultation 30 consultations
Actes techniques – Petite chirurgie	90 % FR	100 % FR	100 % FR
Actes de chimiothérapie, de radiothérapie, dialyse ⁽²⁾	90 % FR	100 % FR	100 % FR
Analyses – Travaux de laboratoire	90 % FR	100 % FR	100 % FR
Radiologie prescrits médicalement (y compris IRM) ⁽²⁾	90 % FR	100 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, podologue, orthophoniste, orthoptiste)	90 % FR avec un maximum de 100 €/acte	100 % FR avec un maximum de 150 €/acte	100 % FR avec un maximum de 180 €/acte
Prothèses médicales, Prothèses auditives et appareillage, sur devis ⁽²⁾	90 % FR avec un maximum de 1 100 € par an et par personne garantie	100 % FR avec un maximum de 1 100 € par an et par personne garantie	100 % FR avec un maximum de 1 100 € par an et par personne garantie
Pharmacie (carence 1 mois sauf accident)			
Frais pharmaceutiques prescrits médicalement	90 % FR ^(**)	100 % FR	100 % FR
Vaccins prescrits médicalement	Non garanti	Non garanti	100 % FR
Optique (carence 6 mois sauf accident)			
Verres et monture	90 % FR avec un maximum de 438 € par an et par personne garantie	1100 % FR avec un maximum de 688 € par an et par personne garantie	1100 % FR avec un maximum de 938 € par an et par personne garantie
Lentilles cornéennes y compris jetables	90 % FR avec un maximum de 219 € par an et par personne garantie	100 % FR avec un maximum de 344 € par an et par personne garantie	100 % FR avec un maximum de 469 € par an et par personne garantie
Chirurgie réfractive	Non garanti	100 % FR avec un maximum de 344 € par œil	100 % FR avec un maximum de 469 € par œil

ARTICLE 8 – TABLEAU DES GARANTIES (SUITE)

Dentaire (carence 6 mois sauf accident)			
Soins dentaires – Radiographie dentaire dans la limite par an et par personne garantie : - 1 ^{ère} année d'adhésion ou d'inscription au contrat - à compter de la 2 ^{nde} année d'adhésion ou d'inscription	90 % FR avec un maximum de 350 €/dent 1 000 € 1 800 €	100 % FR avec un maximum de 450 €/dent 1 200 € 2 200 €	100 % FR avec un maximum de 600 €/dent 2 800 € 2 800 €
Prothèses dentaires dans la limite par an et par personne garantie : - 1 ^{ère} année d'adhésion ou d'inscription au contrat - à compter de la 2 ^{nde} année d'adhésion ou d'inscription	90 % FR avec un maximum de 350 €/dent 1 000 € 1 800 €	100 % FR avec un maximum de 450 €/dent 1 200 € 2 200 €	100 % FR avec un maximum de 600 €/dent 2 800 € 2 800 €
Orthodontie (enfant moins de 16 ans) ⁽¹⁾	90 % FR avec un maximum de 400 €/semestre et de 6 semestres maximum	100 % FR avec un maximum de 500 €/semestre et de 6 semestres maximum	100 % FR avec un maximum de 650 €/semestre et de 6 semestres maximum
Implantologie	Non garanti	100 % FR avec un maximum de 300 € par an et par personne garantie	100 % FR avec un maximum de 600 € par an et par personne garantie
Maternité ⁽¹⁾ (carence 10 mois)			
Maternité sans césarienne (***)	100 % FR avec un maximum de Zone A : 4 000 €/grossesse Zones B & C : 2 500 €/grossesse	100 % FR avec un maximum de Zone A : 8 000 €/grossesse Zones B & C : 5 000 €/grossesse	100 % FR avec un maximum de Zone A : 10 000 €/grossesse Zones B & C : 6 000 €/grossesse
Maternité avec césarienne (***)	100 % FR avec un maximum de Zone A : 8 000 €/grossesse Zones B & C : 5 000 €/grossesse	100 % FR avec un maximum de Zone A : 16 000 €/grossesse Zones B & C : 10 000 €/grossesse	100 % FR avec un maximum de Zone A : 20 000 €/grossesse Zones B & C : 12 000 €/grossesse
Procréation médicale assistée ⁽¹⁾			
Frais de procréation médicale assistée ⁽¹⁾	Non garanti	100 % FR avec un maximum de 3 tentatives	100 % FR avec un maximum de 3 tentatives
Prévention et Médecine alternative ⁽¹⁾			
Cures thermales médicalement prescrites par an et par personne garantie	Non garanti	100 % FR avec un maximum de 3 tentatives	100 % FR avec un maximum de 2 900 € par an
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététicien et phytothérapie et dans la limite par an et par personne garantie de	100 % FR avec un maximum de 75 €/séance 3 séances	100 % FR avec un maximum de 150 €/séance 5 séances	100 % FR avec un maximum de 160 €/séance 8 séances
Ostéodensitométrie médicalement prescrite	Non garanti	Non garanti	100 % FR
Dépistage médicalement prescrit VIH, Hépatite, Cancer du sein et Cancer de la prostate	Non garanti	Non garanti	100 % FR
Bilan de santé et dans la limite par an et par personne garantie de	Non garanti	Non garanti	100 % FR avec un maximum de 500 € 1 bilan

FR : Frais réels sous déduction du remboursement du régime social de base (pour les personnes qui en bénéficient)

(1) après entente préalable

(2) après entente préalable pour les actes d'un montant supérieur à 150 Euros

(*) Frais médicaux nécessitant une demande d'entente préalable : Outre les dispositions prévues au (1) et (2) ci-avant, pour l'ensemble des dépenses médicales énumérées ci-dessous, une demande d'entente préalable doit être effectuée auprès de l'assureur :

- Les actes d'un montant supérieur à 1 000 € sont soumis, dans tous les cas, à une demande d'entente préalable
- Hospitalisation de plus de 24 heures,
- Hospitalisation ambulatoire dont le montant est supérieur à 500 €,
- Frais médicaux liés à la maternité,
- Frais médicaux courants pour les actes en série lorsque leur nombre excède 10 prescriptions (Kinésithérapie, Ergothérapie, etc.),
- Frais médicaux courants dont le montant est supérieur à 500 €.

Pour cela, le formulaire d'entente préalable dûment complété, daté et signé par le praticien qui effectue les soins doit parvenir au Médecin conseil à l'assureur, au minimum dans les 48 heures précédant la date des soins.

(**) Pharmacie : En cas de traitement nécessitant une hospitalisation, y compris en ambulatoire, les médicaments sont pris en charge à 100% FR dans le cadre de la formule Basic

(***) Avec ou sans césarienne s'entend pour des raisons médicales

ARTICLE 9 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais énumérés à l'article 7 - Nature des remboursements est déterminé par l'assureur, acte par acte et dans la limite des frais réels. Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué au tableau des garanties figurant à l'article 8 dans le cadre de chaque formule, la formule retenue étant indiquée au certificat d'adhésion.

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

ASSURANCES CUMULATIVES :

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

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

SOUS PEINE DE DECHEANCE, L'ADHERENT DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

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

SUBROGATION :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article

L121-12 du code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Lorsque l'adhérent ou ayant droit est victime d'un accident de la circulation en France (impliquant un véhicule terrestre à moteur) il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom du présent assureur du contrat Cap Expatrié en tant que tiers payeur.

ARTICLE 10 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

PRISE EN CHARGE DIRECTE DE VOS FRAIS MÉDICAUX :

Sous réserve de l'accord de l'assureur après demande d'entente préalable, l'assureur prend en charge directement les frais médicaux suivants : Hospitalisation de plus de 24 heures, Hospitalisation ambulatoire dont le montant est supérieur à 500 € et Frais médicaux liés à la maternité.

Dans ce cas, l'assureur se rapproche directement du centre hospitalier ou de soins dans lequel l'adhérent ou ayant droit a été admis, pour délivrer un accord de prise en charge et règle directement le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou à la charge de ses ayants droit inscrits au contrat, au-delà des prestations normalement servies par le régime de protection sociale le cas échéant, à l'exclusion des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.) et, à hauteur des garanties souscrites.

REMBOURSEMENT DES AUTRES FRAIS MÉDICAUX :

Pour se faire rembourser les dépenses médicales engagées

qui ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge directe, l'adhérent doit adresser à l'assureur, les pièces justificatives originales énumérées ci-après, indiquant le nom de la personne soignée, le lieu où ont été exposés ces frais, ainsi que la date. Toutefois, si le montant des frais n'excède pas 500 €, l'assureur accepte que ces justificatifs scannés lui soient adressés.

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittés,
- les prescriptions médicales et ordonnances,
- les factures détaillées et acquittées,
- le bordereau de la Sécurité Sociale ou de la CFE ou d'un régime social de base le cas échéant, accompagné d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par le régime de protection sociale ou lorsque celui-ci n'intervient pas.
- le formulaire d'entente préalable accepté par le médecin de l'assureur lorsque les frais engagés sont soumis à entente préalable.

Pour les frais exposés dans un pays hors de la zone de couverture, la preuve que les frais exposés entrent bien dans l'étendue de garantie (déplacement inférieur à 90 jours notamment) devra être apportée à l'assureur.

Pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres (les prothèses dentaires, l'orthodontie et l'implantologie), le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture d'un devis préalable au traitement et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Par ailleurs, en ce qui concerne le remboursement des actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, de diététique, de phytothérapie et d'acupuncture (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur), l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité.

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

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

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

Les demandes de remboursement de frais de santé doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date des soins.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'adhérent doit avertir l'assureur dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat sont payables en euros.

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

ARTICLE 11 – RISQUES EXCLUS

Sauf mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 8, seuls sont exclus de l'assurance, dans le cadre des garanties souscrites les frais qui n'ouvrent pas droit (ou n'auraient pas ouvert droit si ce régime avait été applicable) aux prestations en nature de la Sécurité Sociale ou la CFE. Toutefois, sur mention spéciale figurant au tableau des garanties, dans le cadre de la formule retenue, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la CFE peuvent être pris en charge par l'assureur.

Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 8 dans le cadre de la formule retenue.

Toutefois, les prothèses dentaires provisoires ne sont jamais prises en charge par l'assureur.

En outre, sont exclus de la garantie :

- les frais relatifs à toute dépense d'ordre médical et chirurgical :
 - non prescrite par une autorité médicale qualifiée,
 - prescrite ou engagée antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ou inscription au contrat, ou pendant le délai d'attente,
 - prescrite ou engagée ultérieurement à la date de cessation des garanties,
 - liée à une pathologie préexistante, dont la couverture a été expressément exclue par l'assureur,
 - occasionnée par l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
 - nécessitant une entente préalable, dispensés alors que la demande d'accord préalable n'a pas été faite ou a été refusée par l'assureur,
 - engagée en dehors de la zone géographique de couverture choisie, pour les frais qui ne sont pas consécutifs à une maladie inopinée ou un accident,
- les frais occasionnés à la suite ou pendant un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- les frais annexes en cas d'hospitalisation tels que le téléphone, la télévision, l'accès à internet, les journaux, les frais de taxi, place de parking, etc...
- les frais d'hospitalisation dans une chambre individuelle de luxe, VIP et autres suites,
- le traitement des pieds par un pédicure ou podologue tels que traitement pour cors, durillon, ongles épaissis et/ou difformes sauf en cas de nécessité médicale validée par le médecin conseil de l'assureur,
- les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- les frais de transport :
 - d'une femme enceinte à l'hôpital pour un accouchement normal sauf si les médecins de l'assureur l'estiment nécessaires en raison de complications médicales,
 - relatifs à une prestation non garantie,
- les frais de rapatriement sanitaire. Toutefois, après accord du médecin conseil de l'assureur, les frais de rapatriement entre ou vers un (nouvel) établissement hospitalier pourront être pris en charge,
- les frais d'hébergement et de traitement relatif à un séjour :
 - en maison de repos et de convalescence, y compris lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation,

- en établissement de postcure ou établissement assimilé,
- en établissement d'hydrothérapie, thermal, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital,
- l'accouchement par césarienne non justifié médicalement,
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses,
- les traitements de la stérilité ou infertilité, excepté la procréation médicalement assistée,
- les frais de gestation pour autrui, à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses,
- les traitements et opérations visant à prévenir la naissance tel que la stérilisation, la vasectomie, l'interruption de grossesse sauf en cas de nécessité médicale,
- les traitements et opérations concernant les dysfonctionnements sexuels (ex : impuissance) ou troubles liés au genre (suite au changement de sexe),
- les traitements de maladies de croissance tels que les hormones de croissance,
- les traitements liés aux troubles du sommeil y compris l'insomnie,
- les frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement,
- les tests et traitements contre l'obésité ou l'anorexie,
- les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique, cosmétique ou de reconstruction non consécutifs à un accident,
- les diagnostics et traitements liés à la perte de cheveux,
- les frais non justifiés médicalement (notamment : médicaments non prescrits, produits pharmaceutiques non médicamenteux),
- les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés),
- les frais jugés non nécessaires ou inappropriés par le médecin conseil de l'assureur.

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

- Suicide ou tentative de suicide intervenant au cours de la première année d'assurance,
- Guerre civile ou étrangère, insurrection, émeutes, rixes, quel que soit le lieu où se dérouleront les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent ou ayant droit n'y prend pas une part active,
- Accident ou maladie résultant d'une guerre mettant en cause l'État français,
- Faits résultant des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'adhérent ou ayant droit,
- Accident ou maladie résultant des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,• Conséquences de la pratique des sports suivants :
 - Les 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 miles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 miles d'un abri), base jump,
 - Les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée

solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) et luge hors-pistes balisées ouvertes au public, rafting, canyoning,

- Les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing, montgolfière,
- Les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir par une personne non titulaire du brevet PADI ou équivalent et non accompagnée d'un professionnel, jet ski, surf en compétition, hydro speed, kitesurf,
- Les sports de défense et de combat en compétition,
- Les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, les initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'état, sont couvertes à l'exception des sports « extrêmes ».

- Participation à toutes compétitions sportives et entraînements, pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel,
- Accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent ou ayant droit à la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.

Sauf application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances français et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des maladies préexistantes si elles ont été déclarées sur la demande d'adhésion au contrat et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent ou ayant droit.

ADHÉSION

ARTICLE 12 – PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

1) PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur, l'adhésion au contrat prend effet à la date souhaitée par l'adhérent et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du dossier dûment complété et signé et du règlement total de la première échéance de la cotisation.

Cette date d'effet est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Le certificat d'adhésion doit être régularisé et retourné à l'assureur dans les délais prévus.

2) DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 17, l'adhésion :

- est souscrite pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,
- se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 15 et de l'article 17 le cas échéant.

En outre, en cours d'adhésion, les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. L'adhérent

sera dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

ARTICLE 13 – PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT ET DES GARANTIES

1) PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT

Pour l'adhérent, l'inscription prend effet sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur et du paiement des cotisations, à la même date que l'adhésion au contrat.

L'inscription des ayants droit prend effet, sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur et du paiement des cotisations :

- à la même date que l'adhésion au contrat de l'adhérent, lorsque l'adhérent demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion au contrat,
- lorsque l'inscription des ayants droit intervient postérieurement à celle de l'adhésion au contrat, au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de modification de la situation matrimoniale de l'adhérent (mariage ou divorce, conclusion ou rupture d'un PACS, début ou fin d'une situation de vie en concubinage, naissance d'enfant, fin des études ou de l'apprentissage d'un enfant, etc. . .), sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification de la situation de famille.
- au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de 30 jours précité n'aura pas été respecté.

2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion au contrat et/ou d'inscription à celle-ci, telles que prévues ci-avant, après expiration des délais d'attente suivants :

- 10 mois pour les frais liés à la maternité (grossesse, accouchement),
- 6 mois pour les frais de soins dentaires (ce délai est supprimé si les soins dentaires engagés sont consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 3), de prothèses dentaires et d'orthodontie et pour les frais d'optique,
- 1 mois pour tous les autres frais (ce délai est supprimé si les frais engagés sont consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 3).

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

Les frais engagés pendant ce délai d'attente ne seront pas couverts et n'ouvrent droit à aucun versement de prestation.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

ARTICLE 14 – CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES OU DE ZONE DE COUVERTURE

1) CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

L'adhérent peut modifier sa formule de garanties :

- au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande de changement parvienne à l'assureur au plus tard le 1^{er} décembre de l'exercice précédent,

- Le 1^{er} jour du mois civil qui suit la modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage...) lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite modification,
- En cas de changement de pays d'expatriation sous réserve que la demande de changement parvienne à l'assureur au plus tard le 1^{er} jour du mois civil précédant ledit changement.

Il est toutefois précisé que le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après 2 années d'adhésion à la précédente formule (sauf en cas de modification de la situation de famille ou en cas de changement de pays d'expatriation).

À l'appui de sa demande, l'adhérent doit remplir une nouvelle demande d'adhésion sur laquelle il indique la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la modification de sa situation de famille accompagnée des justificatifs correspondants et doit fournir à l'assureur, en cas de majoration des garanties, tant pour lui-même que pour chacun de ses ayants droit inscrits au contrat, un nouveau questionnaire médical au vu duquel l'assureur pourra demander des examens médicaux complémentaires.

Si les délais ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'adhérent est irrecevable, l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

L'assureur se réserve le droit de refuser les demandes de majorations de garanties.

Si l'adhésion à la nouvelle formule de garanties est acceptée par l'assureur, les garanties de cette formule prendront effet :

- en cas de baisse de garanties : au 1^{er} janvier ou au 1^{er} jour du mois qui suit la demande de modification. Dans ce dernier cas, si la demande de modification intervient avant l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 13, ceux-ci continueront à être décomptés à partir de la date d'effet des garanties de la formule précédente, et ce jusqu'à leur terme.
- en cas d'augmentation de garanties : à l'expiration des délais de carence prévus ci-avant, les seules garanties de la formule précédemment souscrite étant accordées avant absorption de ces délais de carence (les délais d'attente prévus à l'article 13 étant appliqués sur le différentiel de prestation).

La nouvelle tarification est applicable à compter de cette date.

Toute modification de la formule de garanties donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat.

2) CHANGEMENT DE ZONE DE COUVERTURE

En cas de changement de la zone géographique d'expatriation, l'adhérent doit notifier à l'assureur cette information au moins un mois avant la date effective du changement. À cette occasion, il peut également modifier ses garanties comme il est prévu ci-avant.

La prise d'effet du changement intervient le 1^{er} jour du mois civil qui suit la demande de modification, la nouvelle tarification étant applicable à compter de cette date.

ARTICLE 15 – CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

1) CESSATION DE L'ADHÉSION

Une fois admis au contrat, à la condition que les cotisations soient réglées, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

L'adhésion au contrat cesse pour chaque adhérent :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il aura

demandé la cessation de son adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée 2 mois au moins avant cette date,

- à la date de résiliation du contrat conclu entre l'association AVEE et l'assureur,
- à la date à laquelle l'adhérent cesse d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- lors du retour définitif de l'adhérent en France ou dans son pays de nationalité,
- à la date de liquidation de la pension de son régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail,
- dans les conditions prévues à l'article 17 si les cotisations le concernant ne sont pas réglées,
- au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- à la date du décès de l'adhérent.

Toutefois, à la date de résiliation du contrat ou à la date de liquidation de la pension de son régime de retraite de base, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties de l'adhésion au contrat prennent fin pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause en ce qui concerne les ayants droit de l'adhérent inscrits à l'adhésion au contrat :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent aura demandé la radiation d'un ayant droit, sous réserve que la demande de résiliation ou de radiation ait été notifiée à l'assureur deux mois au moins avant cette date,
- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues à l'article 17,
- et au plus tard à la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayant droit au titre du contrat.

En outre, il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause :

- Pour le conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,

ou pour le partenaire : à la date de rupture du PACS,

ou pour le concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause à la date de liquidation de la pension du régime de retraite de base du conjoint, partenaire ou concubin, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard à son 65^{ème} anniversaire.

- Pour les enfants : dès qu'ils cessent de répondre à la définition des « enfants à charge » prévue à l'article 3.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

ARTICLE 16 – INFORMATION DES ADHÉRENTS

La présente notice d'information valant conditions générales est établie par l'assureur et est remise à l'adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 4.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient

apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, 3 mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

COTISATION

ARTICLE 17 – COTISATION

1) FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée, en euros, par personne garantie (adhérent et ayant droit), en fonction de l'âge (déterminé par différence de millésime) de la personne garantie, de la formule de garanties retenue, de la couverture (au 1^{er} euro ou en complément de la Sécurité Sociale ou la CFE) et de la zone de couverture.

Il est précisé que :

- en cas de souscription conjointe de 2 adultes (personne âgée de 18 ans et plus), ou d'un adulte et d'un enfant (personne âgée de moins de 18 ans) au titre d'une même adhésion, et tant que dure cette situation, une remise de 10 % de la cotisation Adulte est accordée.
- La cotisation Enfant (moins de 18 ans) est due pour chacun des enfants d'un même adhérent garantis au titre de l'adhésion, dans la limite de 2. Le 3^{ème} enfant et les enfants supplémentaires à charge d'un même adhérent sont garantis sans contrepartie de cotisation supplémentaire.

Le montant en euros applicable pour chacune des personnes garanties dans le cadre de l'adhésion souscrite est indiqué sur le certificat d'adhésion.

La cotisation est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance, en France et en euros.

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

En cas de résiliation du contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par les cotisations.

Le montant de la cotisation est revu le 1^{er} janvier de chaque année compte tenu de l'âge atteint (déterminé par différence de millésime) par la personne garantie et du tarif en vigueur à cette date.

La cotisation est également révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques (rapport « sinistres à cotisations ») du contrat ou du groupe de contrats auquel il appartient.

Toute taxe ou imposition qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

2) DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT

En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées conformément aux dispositions de l'article L113-3 du code des assurances.

EXÉCUTION DU CONTRAT

ARTICLE 18 – RÉFÉRENCE LÉGALE – PRESCRIPTION

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants.

Il relève de la branche 2 (Maladie) de l'article R321-1 du code des assurances.

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

PRESCRIPTION :

En application de l'article L114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil),
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil),
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

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

ARTICLE 19 – RENONCIATION

En application de l'article L112-9 du code des assurances, l'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion

au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :
« Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat Cap Expatrié n° 210/864013 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L112-9 du code des assurances. ».

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

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

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

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

ARTICLE 20 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

1) RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, il est recommandé de consulter d'abord Chapka à l'adresse suivante :

- par courrier postal au : 54 rue Lafitte – 7509 Paris,

- ou par courriel : reclamation@chapka.fr

ou de s'adresser au service de l'assureur en charge des relations avec sa clientèle à l'adresse suivante :

- par courrier postal au :



Service des relations avec les consommateurs

Immeuble Michelet -
4-8 cours Michelet -
92082 La Défense Cedex,

- ou par courriel : src-collectives@ggvie.fr

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée par courrier postal au service « Réclamations » de l'assureur.



Groupama Gan Vie - Service Réclamations

160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 -
91246 Morangis Cedex

service.reclamations@ggvie.fr

Dans ces 2 cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables.

Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu et sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, l'adhérent ou l'ayant droit pourra recourir au médiateur.



Médiation de l'assurances

TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

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

2) INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données personnelles concernant les adhérents et les ayants droit sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur adhésion et de leurs garanties. À l'exception des données de santé, elles sont destinées au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur et à ses mandataires, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles de l'adhérent peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. L'adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en s'adressant à l'assureur.

RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ :

L'adhérent ou l'ayant droit accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux). Si l'adhérent ou l'ayant droit utilise la carte Vitale, il autorise le professionnel de santé à adresser à l'assureur un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat.

Il autorise également l'échange d'informations avec son régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations. L'adhérent et l'ayant droit disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations médicales le concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur.

ENREGISTREMENT DES APPELS TÉLÉPHONIQUES :

L'association contractante, l'adhérent et/ou les ayants droit peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements. L'assureur informe l'association contractante, les adhérents et les ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré. Si l'association contractante, l'adhérent ou un ayant droit a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, elle (il) peut en faire la demande par courrier adressé au siège de l'assureur. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

TRANSFERT D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE :

Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en œuvre des garanties, et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les adhérents et/ou ayants droit peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union européenne ou situés hors Union européenne, ce dont les adhérents et ayants droit sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

CONTACTS DANS LE CADRE DE LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS » DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE :



Groupama Gan Vie
Direction des Affaires Générales
Correspondant Informatique et Libertés
4-8 Cours Michelet
92082 La Défense Cedex

Groupama Eurocourtage, en sa qualité de distributeur, informe l'association contractante, les adhérents et leurs ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés. Les conditions d'accès à ces enregistrements sont identiques à celles applicables par l'assureur.

ARTICLE 21 – ARBITRAGE – JURIDICTION

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

Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance



Chapka Assurances
56 rue Laffitte - 75009 Paris
01 74 85 50 50
Société de courtage d'assurances
SAS au capital de 80 000 euros
N° de RCS : Paris B 441 201 035

Garantie financière et assurance RC conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des assurances

Inscrit à l'Orias N°07002147