

Conditions Générales **Prévoyance Expatriés**



Tout ce que vous devez savoir
Janvier 2014

Votre contrat est constitué des documents suivants :

Les Conditions générales

Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et des garanties PRÉVOYANCE et ASSISTANCE ; les motifs d'exclusion et les documents nécessaires au règlement de nos prestations sont précisés à la fin de chaque garantie.

Les Conditions particulières

Elles indiquent les garanties souscrites ainsi que leurs montants ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions Générales.

sommaire

section	page	contenu
Chapitre I. Dispositions générales	5	Article 1. Objet du contrat
	5	Article 2. Effet et durée du contrat
	5	Article 3. Conditions particulières
	5	Article 4. Formalités médicales
	6	Article 5. Choix du régime par le souscripteur
	6	Article 6. Catégorie assurée
	6	Article 7. Admission à l'assurance, cessation de l'assurance
	7	Article 8. Base de l'assurance
	8	Article 9. Cotisations
	8	Article 10. Déclaration du souscripteur
	9	Article 11. Notice d'information
	9	Article 12. Prescription
	9	Article 13. Révision du contrat
	9	Article 14. Réclamation
	9	Article 15. Arbitrage
	10	Article 16. La compensation des opérations liées au contrat
	10	Article 17. Traitement des données à caractère personnel
Chapitre II. Décès	11	Article 1. Objet de la garantie
	11	Article 2. Décès de l'assuré, capitaux garantis
	11	Article 3. Enfants à charge
	11	Article 4. Bénéficiaires du capital
	12	Article 5. Perte totale et irréversible d'autonomie
	12	Article 6. Décès du conjoint simultané ou postérieur à celui de l'assuré
	12	Article 7. Pièces à fournir en cas de sinistre
	13	Article 8. Exclusions
Chapitre III. Décès accidentel	14	Article 1. Objet de la garantie
	14	Article 2. Définition de l'accident
	14	Article 3. Décès de l'assuré, capitaux garantis
	14	Article 4. Enfants à charge
	14	Article 5. Bénéficiaires du capital
	14	Article 6. Pièces à fournir en cas de sinistre
	14	Article 7. Exclusions
Chapitre IV. Incapacité de travail - Invalidité permanente	16	Article 1. Objet de la garantie
	16	Article 2 - Choix du niveau de couverture par le Souscripteur
	16	Article 3. Incapacité temporaire de travail
	17	Article 4. Invalidité permanente
	18	Article 5. Pièces à fournir en cas de sinistre
	19	Article 6. Contrôle médical
	19	Article 7. Exclusion

Chapitre V.	20	Article 1.	Définitions
Garanties d'assistance	21	Article 2.	Définition des garanties d'assistance
	24	Article 3.	Exclusion
	25	Article 4.	Conditions restrictives d'application
	25	Article 5.	Conditions générales d'application
	26	Article 6.	Cadre juridique

Annexe I.	27	Article 1.	Conditions du maintien
Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation en tant que salarié pour les assurés ayant choisi	27	Article 2.	Montant des prestations
	27	Article 3.	Cotisations
	27	Article 4.	Cessation

Annexe II.	28	Article 1.	Conditions du maintien
Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation sans reprise d'activité salariée pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro	28	Article 2.	Montant des prestations
	28	Article 3.	Cotisations
	28	Article 4.	Cessation

Chapitre I. Dispositions générales

Article 1. Objet du contrat

Ce contrat est un contrat d'assurance qui a pour objet d'assurer, pour la garantie DÉCÈS, DÉCÈS ACCIDENTEL, INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE, le personnel salarié de votre Entreprise, appartenant à la catégorie visée à l'article 6 et répondant aux conditions visées à l'article 7.

Le contrat comprend également un ensemble de garanties ASSISTANCE assurées et mises en oeuvre par AXA Assistance France Assurances, ci-après dénommée AXA Assistance.

Votre Entreprise, sera ci-après dénommée « Souscripteur ». Le Souscripteur doit avoir son siège social en France. Le contrat est régi par le Code des Assurances. L'autorité de contrôle de l'Assureur et d'AXA Assistance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Article 2. Effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux **Conditions particulières**. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 Décembre suivant sa date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins DEUX MOIS avant la date de renouvellement, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'année de dénonciation.

Article 3. Conditions particulières

Le contrat donne lieu à l'établissement de Conditions particulières.

Les Conditions particulières mentionnent notamment :

- la catégorie assurée,
- le numéro du contrat,
- la date d'effet,
- la raison sociale du Souscripteur ainsi que ses coordonnées,
- les garanties et options choisies par le Souscripteur,
- le montant des cotisations.

Article 4. Formalités médicales

4.1. Absence de formalités médicales

Dans le cas où le Souscripteur, à la date d'effet du contrat, fait déjà bénéficier son personnel non expatrié d'une couverture prévoyance (garanties décès et arrêt de travail) souscrite depuis au moins un an auprès d'AXA France Vie, aucune formalité médicale n'est à remplir, en dehors des dispositions prévues à l'article 4.2.2.

Dans le cas contraire, les formalités médicales suivantes sont à accomplir :

4.2. Formalités médicales préalables

4.2.1. Formalités médicales liées à l'effectif

Lorsque le Souscripteur a 5 salariés à assurer ou moins, une preuve du bon état de santé de chaque personne à assurer, sous forme de questionnaire médical, est demandée par l'Assureur qui en assume les frais.

Lorsque le Souscripteur a au moins 6 salariés à assurer, aucune formalité médicale n'est à remplir, en dehors des dispositions prévues à l'article 4.2.2.

4.2.2. Formalités médicales liées au capital souscrit : extension à la tranche C

Chaque assuré (quelle que soit la taille de l'Entreprise) dont le salaire dépasse le plafond de la tranche B défini à l'article 8 du présent chapitre, doit remplir un questionnaire médical et se soumettre à un examen médical,

qui fera l'objet d'un rapport sur formulaire prévu à cet effet, et à un bilan sanguin. L'Assureur peut demander tout examen ou information complémentaire. Les examens sont effectués aux frais de l'Assureur.

Cette disposition ne s'applique pas dans le cas où le Souscripteur, à la date d'effet du contrat, fait déjà bénéficiaire son personnel non expatrié d'une couverture prévoyance (garanties décès et arrêt de travail) souscrite depuis au moins un an auprès d'AXA France Vie et pour laquelle la base de cotisation est aussi étendue à la tranche C.

Article 5. Choix du régime par le Souscripteur

Le Souscripteur choisit, pour l'ensemble du personnel de la catégorie assurée un des régimes parmi les quatre suivants :

- Régime décès
- Régime décès – décès accidentel
- Régime décès – Incapacité temporaire – Invalidité permanente
- Régime décès – décès accidentel – Incapacité temporaire – Invalidité permanente

Le Souscripteur choisit, pour l'ensemble du personnel de la catégorie assurée le niveau des garanties souscrites au sein du régime choisi. Les niveaux des garanties souscrites sont précisés aux chapitres 2, 3 et 4 du présent contrat.

Le Souscripteur choisit, pour l'ensemble du personnel de la catégorie assurée, une couverture au premier Euro ou en complément de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale Française.

Le Souscripteur peut demander une modification de son choix. La modification ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année, avec un préavis de 3 mois.

Pour tout Souscripteur comptant moins de 5 salariés bénéficiaires d'une part et pour tout salarié bénéficiaire dont le salaire dépasse le plafond de la tranche B défini à l'article 8 du présent chapitre d'autre part, toute modification de garantie ou de niveau donne lieu aux formalités médicales prévues à l'article 4 du présent chapitre.

Article 6. Catégorie assurée

La catégorie assurée est définie comme suit :

LE PERSONNEL SOUS CONTRAT DE TRAVAIL FRANÇAIS, DE TOUTE NATIONALITÉ, AYANT :

- SOIT LE STATUT D'EXPATRIÉ AU SENS DE L'ARTICLE L 762-1 du Code de la Sécurité Sociale, AFFILIÉ OU NON À LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER,
- SOIT LE STATUT DE DÉTACHÉ AU SENS DE L'ARTICLE L 761-1 du Code de la Sécurité Sociale AFFILIÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE.

Article 7. Admission à l'assurance, cessation de l'assurance

7.1. Admission à l'assurance

7.1.1. Admission à la date d'effet du contrat

L'admission à l'assurance a lieu à la date d'entrée dans la catégorie du personnel assurée, et au plus tôt, à la date d'effet des conditions particulières du souscripteur, sous réserve :

- Que le contrat de travail du salarié soit en vigueur mais non suspendu, à l'exception de la suspension due au statut d'expatriation,
- Et de l'accomplissement des formalités médicales telles que définies à l'Article 4 du présent chapitre.

En cas de formalités médicales, suivant les conclusions de notre médecin conseil, l'Assuré est amené :

- Soit, à accepter d'assurer le groupe en adaptant si nécessaire les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les Assurés.
- Soit, à refuser d'assurer le groupe.

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de validité du contrat d'assurance prévoyance AXA auquel elles sont adossées, à toute personne bénéficiaire et pour toute mission garantie.

Les garanties prennent effet à 0 h 00 le jour du début de la mission. Elles cessent leur effet à 24 h 00 le jour de la fin de la mission.

7.1.2. Admission en cours de contrat

Tout nouveau salarié entrant dans le groupe assuré est également soumis aux formalités médicales définies à l'Article 4 du présent chapitre.

Après examen du dossier du nouvel entrant, l'Assuré est amené :

- Soit à continuer d'assurer le groupe aux conditions en vigueur,
- Soit à continuer d'assurer le groupe en adaptant les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les Assurés,
- Soit à refuser le nouvel entrant et à résilier de ce fait le contrat du Souscripteur à effet immédiat, en application de l'article L 113-4 du Code de Assurances français.

7.2. Date d'effet des garanties

Pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par l'Assureur, les garanties prennent effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'adhésion.

Le point de départ des cotisations est fixé à cette date.

7.3. Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle prend fin :

■ Pour chaque Assuré :

- 45 jours après la date d'effet si le bulletin d'affiliation de l'Assuré n'est pas parvenu au Souscripteur,
- à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail avec le Souscripteur,
- à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée.

Pour l'ensemble des Assurés du Souscripteur : à la date de résiliation du contrat.

Les garanties cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le bénéficiaire ne fait plus partie du personnel du souscripteur ou n'est plus placé sous sa responsabilité.

Article 8. Base de l'assurance

8.1. Base de la cotisation

La base de cotisation est le salaire annuel brut (les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stock options n'entrent pas dans la base de calcul), afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le Souscripteur, et limité à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale ainsi définis :

- **tranche A** : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale afférent à l'année considérée,
- **tranche B** : fraction du salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale afférent à l'année considérée.

Le salaire de l'assuré peut être étendu à la **tranche C** (fraction du salaire comprise entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale afférent à l'année considérée) dans les conditions suivantes :

- dans le cas où le Souscripteur, à la date d'effet du contrat, fait déjà bénéficier son personnel non expatrié d'une couverture prévoyance (garanties décès et arrêt de travail) souscrite depuis au moins un an auprès d'AXA France Vie et pour laquelle la base de cotisation est aussi étendue à la tranche C,
- sinon, sous réserve de l'accomplissement de formalités médicales telles que définies à l'article 4.2 du présent chapitre.

8.2. Base des prestations

La base des prestations est égale à la base de cotisation visée au paragraphe ci-dessus afférente aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre.

Toutefois, la base des prestations est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence en tant qu'expatrié ou détaché, lorsque :

- l'ancienneté est inférieure à douze mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

8.3. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques servies sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année. Ainsi, chaque premier jour du mois suivant la date d'anniversaire de l'évènement ayant donné lieu aux versements, l'Assureur prend en compte, pour calculer le montant des prestations, l'évolution du point du régime de retraite AGIRC intervenue depuis l'anniversaire précédent.

Après la résiliation du contrat ou de la garantie, la prestation cesse d'être revalorisée ; elle continue d'être versée pour le montant atteint à la date de la résiliation.

Afin d'assurer la revalorisation des prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. Il est alimenté par une fraction des cotisations relatives aux garanties concernées. À la fin de chaque année, nous prélevons sur ce fonds, et dans la limite de son montant, les sommes à provisionner nécessaires à la poursuite du paiement de la revalorisation octroyée dans l'année.

En cas d'insuffisance de ce fonds, la revalorisation octroyée dans l'exercice est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

Article 9. Cotisations

9.1. Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge moyen du groupe assuré à la date d'effet du contrat.

Le taux de cotisations est indiqué aux Conditions particulières.

9.2. Paiement des cotisations

La cotisation est payable trimestriellement à terme échu par le Souscripteur, dans les conditions ci-après :

- dans les dix premiers jours des mois d'avril, de juillet et d'octobre : versement de la cotisation relative au trimestre civil écoulé. Dans le cas où le contrat prend effet à une autre date que le 1er janvier, avril, juillet ou octobre, la cotisation est calculée prorata temporis en nombre de jours d'assurance, la cotisation journalière étant par convention égale à la cotisation annuelle divisée par 365 ;
- dans les dix premiers jours du mois de janvier : versement du solde de la cotisation annuelle. Celui-ci est égal à différence entre la cotisation due au titre de l'année d'assurance écoulée et les sommes versées au titre des trois premiers trimestres de cette même année.

À défaut de paiement dans les délais précisés ci-dessus, l'Assureur pourra adresser une mise en demeure au Souscripteur par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des Assurances français) :

- la suspension de la garantie trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit parvenir à l'Assureur avant l'expiration du délai de quarante jours.

Les moyens de paiement doivent être libellés et adressés exclusivement au nom de l'Assureur ; ils sont établis par le Souscripteur.

Article 10. Déclaration du Souscripteur

- À la mise en place du contrat, le Souscripteur doit fournir un état nominatif de la totalité des membres de la catégorie assurée mentionnant notamment la date de naissance et la situation de famille, le pays d'expatriation et la base de calcul des cotisations pour l'année écoulée.

- En cours de contrat, le Souscripteur doit :
 - informer l'Assureur avant l'entrée de tout nouvel assuré,
 - informer l'Assureur avant toute sortie de l'assurance,
 - lors du paiement des cotisations des trois premiers trimestres, transmettre le bordereau d'appel de cotisation du trimestre écoulé tenant compte des régularisations du trimestre précédent (entrées – sorties),
 - lors du paiement des cotisations du quatrième trimestre, transmettre un état récapitulatif des salariés assurés l'année précédente mentionnant pour chaque assuré ses nom, prénom, date de naissance, situation de famille et les salaires servant de base au calcul des cotisations ainsi, en cas d'entrée et/ou de sortie de l'assurance en cours d'année, que la ou les dates correspondantes.

Article 11. Notice d'information

L'Assureur est légalement tenu :

- de remettre au Souscripteur la notice, qui définit la ou les garanties et ses modalités d'application,
- d'informer le Souscripteur des modifications qu'il est prévu d'apporter à ses droits et obligations au moins 3 mois avant leur entrée en vigueur.

Le Souscripteur s'engage à remettre cette notice à l'ensemble des Assurés.

La preuve de la remise de la notice aux assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur.

Article 12. Prescription

LE CONTRAT EST RÉGI PAR LE CODE DES ASSURANCES FRANÇAIS. TOUTE ACTION EN DÉRIVANT EST PRESCRITE PAR DEUX ANS À COMPTER DE L'ÉVÉNEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE CONFORMÉMENT AUX ARTICLES L 114-1 ET L 114-2 DU CODE DES ASSURANCES FRANÇAIS.

Article 13. Révision du contrat

LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR CONVIENNENT DE SE COMMUNIQUER, DÈS QU'ILS EN ONT CONNAISSANCE, TOUT FAIT OU TOUT ACTE JURIDIQUE SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LES CONDITIONS PRÉEXISTANTES DE L'ASSURANCE.

LORSQU'UNE DÉCISION LÉGISLATIVE OU RÉGLEMENTAIRE VIENT À MODIFIER LES CONDITIONS PRÉEXISTANTES DE L'ASSURANCE OU LA PORTÉE DES ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR, CE DERNIER PROCÉDERA, LE CAS ÉCHÉANT, POUR LA DATE D'EFFET DES MODIFICATIONS EN CAUSE, À LA RÉVISION DES CONDITIONS DE L'ASSURANCE.

Article 14. Réclamation

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées à votre employeur qui nous les transmettra. Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient à adresser à notre Service Relation Clientèle :

Service Qualité – Relation Clientèle AXA Entreprise
26, rue Drouot
75458 Paris Cedex 09

Si le désaccord subsiste, notre Service Relation Clientèle vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Article 15. Arbitrage

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

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

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

En l'absence de désignation d'un arbitre dans le délai imparti, le Président du Tribunal de Commerce de PARIS, statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente, procède à cette désignation.

Le tribunal arbitral statue à la majorité de ses membres en motivant sa décision. La sentence arbitrale est définitive et exécutoire.

Tout litige se rapportant aux garanties d'assistance et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

Article 16. La compensation des opérations liées au contrat

Les résultats des opérations d'assurance découlant du contrat sont établis en commun avec ceux des contrats de même nature souscrits auprès de l'assureur.

Article 17. Traitement des données à caractère personnel

Le Souscripteur s'engage à communiquer à l'Assureur les informations concernant les assurés salariés dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur.

Ces informations pourront être communiquées aux réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous les organismes intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat.

En retour, les assurés salariés ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Qualité - Relations Clientèle d'AXA Entreprises (313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex).

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en oeuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par le contrat.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON.

Chapitre II. Décès

Article 1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet :

- en cas de DÉCÈS DE L'ASSURÉ, le versement d'un capital, ledit capital étant versé PAR ANTICIPATION en cas de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE de l'assuré,
- en cas de DÉCÈS DU CONJOINT, âgé de moins de 60 ans, SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR À CELUI DE L'ASSURÉ et survenant pendant l'existence du contrat, le versement d'un second capital.

Article 2. Décès de l'assuré, capitaux garantis

Le montant du capital est choisi par tranche de 50 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 article 8 (paragraphe 8.2). Le capital choisi doit être au minimum de 200 % et au maximum de 400 % de la base des prestations. Le capital est limité à 24 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du décès.

Article 3. Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les **enfants de l'Assuré**, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, à condition qu'ils soient fiscalement à la charge de l'Assuré et :
 - lorsqu'ils sont âgés de moins de 18 ans,
 - lorsqu'ils sont âgés de 18 ans à moins de 26 ans et qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance.
- Les **enfants du conjoint de l'Assuré** remplissant les conditions visées ci-dessus sont assimilés aux enfants de l'Assuré lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'Assuré.
- Les **enfants reconnus ou adoptés par l'Assuré** remplissant les conditions visées ci-dessus sont considérés comme à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Article 4. Bénéficiaires du capital

4.1. Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut au partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un P.A.C.S. à condition que l'Assureur en ait connaissance dans les trois mois suivant le décès de l'Assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, et aux enfants du conjoint considérés comme enfants à charge dans le cadre de l'article 3 ci-dessus,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'Assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin de l'Assuré doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière selon les modalités de l'article 4.2.

4.2. Désignation particulière

À toute époque, l'Assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'Assureur ; elle peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous sein privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil.

En cas de pluralité de bénéficiaires et de décès de l'un d'entre eux, avant l'assuré, le capital est versé, aux autres bénéficiaires, au prorata de leurs parts respectives.

LA DÉSIGNATION PARTICULIÈRE N'EST PAS APPLIQUÉE (en conséquence de quoi la désignation type s'applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'assuré et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

Article 5. Perte totale et irréversible d'autonomie

Pour bénéficier du versement anticipé du capital décès, l'Assuré doit demander à l'Assureur de reconnaître sa perte totale et irréversible d'autonomie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'Assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Pour ouvrir droit à cette prestation, l'Assuré doit en outre :

- dans le cas où il est AFFILIÉ À LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER ou à la SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE :
 - être classé en 3^e catégorie d'invalidité par cette dernière ou s'être vu attribué un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,
 - et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne ;
- dans le cas contraire : être reconnu être dans cette situation par l'Assureur, en apportant la preuve qu'il est totalement inapte à la moindre activité ou occupation lui procurant gain ou profit, et ceci de façon irréversible, et qu'il doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

L'assureur peut être amené à procéder à une expertise médicale pour prendre sa décision.

Le versement de ce capital met fin à la garantie décès en capital.

Article 6. Décès du conjoint simultané ou postérieur à celui de l'assuré

Lorsqu'après le décès de l'Assuré, son conjoint non remarié décède avant son 60^{ème} anniversaire, et alors que le contrat est toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'Assuré, répondaient à la définition des enfants à charge, et y répondent encore au décès du conjoint.

Ce second capital, au profit desdits enfants, est également versé lorsque les deux conjoints décèdent du fait d'un même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- ou, lorsque le conjoint décède avant l'assuré, sous réserve que ce dernier décède dans les 48 heures qui suivent.

Le capital correspond à 50 % du capital décès garanti défini à l'article 2 du présent chapitre.

Article 7. Pièces à fournir en cas de sinistre

Doivent être adressées à l'Assureur, dans les six mois qui suivent le décès, toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- extrait d'acte de décès,
- extrait d'acte de naissance de l'Assuré et, en tant que de besoin, extrait d'acte de naissance du conjoint,
- pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge : extrait d'acte de naissance, certificat de scolarité, attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants, copie du contrat de formation en alternance,
- pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires et notamment, en tant que de besoin : selon le cas : certificat d'hérédité, acte de notoriété (ou, à défaut, certificat de propriété délivré par le greffe du Tribunal d'Instance), jugement de tutelle,
- certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

Article 8. Exclusions

L'Assureur couvre les risques en cas de DÉCÈS, de PERTE TOTALE et IRRÉVERSIBLE d'AUTONOMIE à l'exclusion de ceux résultant :

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'Assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,
- de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère Français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette région à la date de l'inscription de cette zone sur la liste dudit Ministère, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription. Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle dans une de ces zones, l'Assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance. Pour ce faire, l'Assuré devra procéder à une déclaration dix jours avant la date de son départ. L'Assureur se prononcera alors sur les conditions d'assurance.

Le présent contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies, ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États Unis d'Amérique.

Chapitre III. Décès accidentel

Article 1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident tel que visé à l'article 2 et qu'il survient dans le délai figurant audit article.

La garantie décès accidentel ne peut être souscrite que conjointement à la garantie décès.

Article 2. Définition de l'accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré. Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique, et en particulier les épidémies, ne peuvent pas être considérés comme des accidents.

Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire, le décès doit avoir lieu dans les DOUZE MOIS (de date à date) qui suivent l'accident.

Article 3. Décès de l'assuré, capitaux garantis

Le montant du capital supplémentaire est fixé à 100 % du capital prévu au titre de la garantie DÉCÈS, à l'article 2 du Chapitre 2..

Article 4. Enfants à charge

Les dispositions sont celles prévues à l'article correspondant du chapitre DÉCÈS.

Article 5. Bénéficiaires du capital

Les dispositions sont celles prévues à l'article correspondant du chapitre DÉCÈS.

Article 6. Pièces à fournir en cas de sinistre

Doivent être adressées à l'Assureur, outre les pièces visées au Chapitre 2 (article 7), tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

La preuve du caractère accidentel incombe au(x) bénéficiaire(s) du capital.

Article 7. Exclusions

Le présent contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies, ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États Unis d'Amérique.

Outre les cas prévus au Chapitre 2 (Article 8), sont exclus de la garantie les accidents résultant :

- du fait intentionnel de l'Assuré,
- d'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
- de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique
- de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal défini par le code de la circulation routière du pays où l'accident a lieu,
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescriptions médicales,
- de la navigation aérienne :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,

- avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra-léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,- au cours de meetings, raids sportifs, vols acrobatiques, tentatives de records, essais préparatoires, essais de réception, sauts en parachute non motivés par des raisons de sécurité,
- de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive dans le non-respect des règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération sportive correspondant à l'activité,
- de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive et compétition à titre professionnel.

Chapitre IV. Incapacité de travail - Invalidité permanente

Article 1. Objet de la garantie

1.1. La garantie a pour objet le service :

- d'une indemnité journalière, dans le cas où l'assuré se trouve dans l'incapacité physique constatée par son médecin de continuer ou de reprendre son travail en tant que salarié expatrié du Souscripteur au titre d'une maladie ou d'un accident (article 3),
- d'une rente en cas d'invalidité permanente telle que visée à l'article 4.

1.2. Les éventuelles prestations servies au même titre par tout régime de prévoyance dont pourrait relever l'assuré sont à déduire des prestations ci-après.

En ce qui concerne le personnel expatrié affilié à la Caisse des Français de l'Étranger et le personnel détaché, les prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité sociale sont à déduire des prestations ci-après.

Article 2. Choix du niveau de couverture par le Souscripteur

Le Souscripteur a la possibilité de choisir entre différents niveaux de couverture pour l'ensemble des prestations en cas d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Ce niveau est fixé au choix du Souscripteur à 70 %, 80 % ou 90 % de la base des prestations visée au chapitre 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES (article 8.2). **Dans la suite du chapitre, le niveau choisi est désigné par C.**

Article 3. Incapacité temporaire de travail

3.1. Franchise

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident appelée « franchise ».

La franchise est décomptée à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Nous incluons dans le calcul de la franchise les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisée par la Sécurité sociale française.

Le Souscripteur a la possibilité de choisir entre les différentes franchises suivantes :

- 30 jours continus,
- 60 jours continus,
- 90 jours continus.

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier de l'indemnité journalière reprend son activité « en tant qu'expatrié » du Souscripteur et doit l'interrompre moins de 60 jours continus après pour la même cause, la reprise temporaire n'entraîne qu'une suspension du service de la prestation. Si ce nouvel arrêt survient après la résiliation du contrat, il ne donne pas lieu à indemnisation.

La période de congé prévu par l'employeur au titre de la maternité ou de l'adoption (ou tout autre congé du même type) n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise ni pour le calcul du délai de deux mois en cas de rechute.

3.2. Montant de l'indemnité

Le montant de l'indemnité journalière est égal à la 365^e partie de C.

3.3. Durée

Le service de cette indemnité se poursuit tant que dure l'incapacité totale de travail, soit jusqu'à sa guérison, soit jusqu'à stabilisation de l'état de santé (consolidation en cas d'accident) et au plus tard jusqu'à la fin du 36^e mois qui suit la date de l'arrêt de travail.

La rente prend fin à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée,

3.4. Modalités de règlement

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré « en tant qu'expatrié » et le Souscripteur, l'indemnité journalière est versée à celle-ci. Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée à l'assuré.

Article 4. Invalidité permanente

Une rente d'invalidité se substitue à l'indemnité journalière dès la constatation médicale que l'état d'invalidité défini ci-après est stable et, au plus tard, à la fin du 36^e mois d'arrêt continu et total de travail.

4.1. Montant de la rente « au premier euro »

La rente est dite « au premier euro » dans le cas où le personnel n'est pas affilié à la Caisse des Français de l'Étranger ou à la Sécurité Sociale française.

L'invalidité ouvrant droit au service de la rente temporaire d'invalidité est appréciée en fonction de :

- l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale,
- l'incapacité professionnelle.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, variant de 0 à 100 %, sont établis d'un commun accord entre les parties ou par arbitrage d'ordre médical.

a) Taux d'incapacité fonctionnelle

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

b) Taux d'incapacité professionnelle

Il est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

c) Taux d'invalidité

A partir du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité (%) est donné par le tableau suivant :

Taux d'incapacité Professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Il est entendu que le taux d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage. Aucune rente n'est due lorsque le taux d'invalidité est inférieur à **33 %**.

Le montant de la rente annuelle est fixé comme suit, en fonction du niveau C choisi par le Souscripteur tel que défini à l'article 2 du présent chapitre :

Taux d'Invalidité N	Montant de la rente
N = 100 %	C
66 % ≤ N < 100 %	C
33 % ≤ N < 66 %	(N - 33 %) / 33 % * C

4.2. Montant de la rente « en complément d'un régime de base »

La rente est dite « en complément d'un régime de base » dans le cas où le personnel est affilié à la Caisse des Français de l'Étranger ou à la Sécurité Sociale. Dans la suite du texte, le terme « régime de base » désigne soit la Caisse des Français de l'Étranger soit la Sécurité Sociale.

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle l'Assuré est classé par le régime de base. Il est fixé comme suit, en fonction du montant C choisi par le Souscripteur tel que défini à l'article 2 du présent chapitre :

- **1^{re} catégorie** (Invalide capable d'exercer une activité rémunérée ou taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 % pour les invalidités d'origine professionnelle) : $60 \% * C$
- **2^e catégorie** (Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque, ou taux d'incapacité supérieur à 66 % pour les invalidités d'origine professionnelle) : C
- **3^e catégorie** (Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) : C

4.3. Limitation de la rente

Le montant de la rente est limité de façon que, cumulé au salaire éventuellement maintenu par l'employeur (notamment concernant les Assurés classés en 1^{re} catégorie d'invalides exerçant toujours une activité en tant qu'expatrié du Souscripteur) et à la rente servie par le régime de base ou par tout autre régime, l'ensemble des revenus de l'Assuré ne puisse en aucun cas excéder 100 % du salaire net imposable correspondant à la base des prestations visée à l'article 8.2. du Chapitre 1. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés de la période considérée à la date d'arrêt de travail.

Dès qu'il est constaté que le cumul des rentes tant de l'Assureur que du régime de base ou de tout autre régime, et des salaires (salaire de l'employeur, indemnités des ASSEDIC...) dépasse 100 % du salaire net imposable correspondant à la base des prestations visée à l'article 8.2 du Chapitre 1, la rente d'invalidité est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés de la période considérée à la date d'arrêt de travail.

Dès la rupture du contrat de travail, les prestations versées par l'Assureur sont calculées sur la base des prestations nettes de l'assuré.

Dans tous les cas, le montant de la rente ne peut en aucun cas excéder 100 % du salaire net imposable.

4.4. Durée

Le service de la rente débute dès que l'assureur reconnaît l'état d'invalidité de l'assuré.

La rente prend fin :

- Le cas échéant, quand cesse le service de la rente par le régime de base,
- À la date de liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée.

En cas de décès, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès.

Article 5. Pièces à fournir en cas de sinistre

Le Souscripteur doit remettre à l'assureur toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- la déclaration d'arrêt de travail remplie par le Souscripteur et l'Assuré,
- le certificat du médecin de l'Assuré,
- en cas de préjudice corporel de l'Assuré impliquant une tierce personne dont la responsabilité est engagée, les coordonnées de cette dernière ainsi que celles de son assureur, étant entendu que l'employeur ou toute personne morale ou physique dans l'exercice de ses fonctions professionnelles qui lui est substituée n'est jamais considérée comme une tierce personne à l'égard de l'Assuré.
- les attestations de salaire.

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai de trois mois après l'arrêt de travail afin de pouvoir effectuer rapidement les contrôles médicaux nécessaires. **En tout état de cause, les arrêts de travail**

déclarés plus d'un mois après l'expiration de la franchise sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

Article 6. Contrôle médical

Dans tous les cas et à toute époque, même après résiliation du contrat ou de la garantie, l'assureur se réserve le droit de faire visiter l'assuré et éventuellement de le soumettre à expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'assureur.

Si l'assuré refuse de répondre à la demande de l'assureur, il se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Article 7. Exclusions

Le présent contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies, ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États Unis d'Amérique.

Outre les cas prévus au Chapitre 2 (article 8), sont exclues de la garantie les conséquences :

- du fait intentionnel de l'Assuré,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique
- de la navigation aérienne :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra-léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - au cours de meetings, raids sportifs, vols acrobatiques, tentatives de records, essais préparatoires, essais de réception, sauts en parachute non motivés par des raisons de sécurité,
 - de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
 - de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive dans le non-respect des règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération sportive correspondant à l'activité,
 - de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive et compétition à titre professionnel.

Chapitre V. Garanties d'assistance

Article 1. Définitions

1.1. Bénéficiaire

Toute personne physique, salariée ou placée sous la responsabilité du souscripteur, détachée ou expatriée à l'étranger pour le compte de celui-ci et préalablement désignée par lui ainsi que son conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui lui est liée par un Pacs, ses enfants célibataires âgés de moins de 25 ans, fiscalement à sa charge et demeurant avec elle pendant la durée du séjour garanti, qu'ils se déplacent ensemble ou séparément.

1.2. Déplacements garantis

Sont garantis tous les séjours professionnels d'une durée supérieure à 90 jours consécutifs, ainsi que les déplacements privés et professionnels ayant lieu pendant la durée de l'affectation.

1.3. Étendue géographique

Les garanties s'exercent dans la zone géographique définie à la souscription.

Elles sont acquises sans franchise kilométrique dans le pays d'affectation, le pays de domicile habituel et lors de déplacements dans les autres pays couverts à compter de la date du début d'affectation jusqu'à la date de fin d'affectation.

1.4. Pays de domicile habituel

Le pays de domicile principal du bénéficiaire avant son affectation en tant que détaché ou expatrié.

Il est nécessairement situé en France.

1.5. Pays d'affectation

Le pays de résidence principal où le collaborateur exerce son activité professionnelle en tant que détaché ou expatrié.

1.6. Étranger

Tout pays en dehors du pays de domicile habituel du bénéficiaire.

Les départements et territoires d'Outre-mer sont assimilés à l'étranger, sauf stipulation contractuelle expresse.

1.7. France

France métropolitaine.

1.8. Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.

1.9. Accident corporel

Tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.

1.10. Atteinte corporelle grave

Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

1.11. Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

1.12. Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'AXA Assistance.

1.13. Membres de la famille / proches du bénéficiaire

Parents, beaux-parents, grands-parents, enfants, conjoint de droit ou de fait, frères, soeurs, belles-soeurs, beaux-frères du bénéficiaire domiciliés dans le même pays de domicile habituel que le collaborateur garanti / toutes autres personnes physiques désignées par le bénéficiaire domiciliées dans le même pays de domicile habituel que le collaborateur garanti.

1.14. Faits générateurs

Atteinte corporelle grave (maladie, accident corporel), décès.

Article 2. Définition des garanties d'assistance

2.1. Rapatriement sanitaire

En cas d'atteinte corporelle grave, les médecins d'AXA Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'équipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement du bénéficiaire, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son équipe médicale.

La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche du domicile dans le pays de domicile habituel ou de la résidence principale dans le pays d'affectation,
- soit le domicile dans le pays de domicile habituel ou la résidence principale dans le pays d'affectation.

Si le bénéficiaire est hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier du domicile habituel ou du lieu de résidence principale, AXA Assistance organise son retour après consolidation médicalement constatée et prend en charge son transfert à son lieu de résidence principal dans le pays d'affectation ou le pays de domicile habituel.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement du bénéficiaire et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

AXA Assistance peut demander au bénéficiaire d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.

2.2. Présence d'un proche

Si l'état du bénéficiaire ne permet pas ou ne nécessite pas son rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à six jours consécutifs, AXA Assistance met à la disposition d'un membre de la famille ou d'un proche un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train pour se rendre sur place.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de la famille du bénéficiaire en âge de majorité juridique.

AXA Assistance organise et prend également en charge les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant six nuits maximum à raison de 77 € par nuit.

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

2.3. Retour des bénéficiaires

- En cas de rapatriement sanitaire suite à une atteinte corporelle grave survenue à l'étranger et si le bénéficiaire doit être hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures dans son pays de domicile habituel, AXA Assistance organise le retour dans ce pays des bénéficiaires membres de sa famille et prend en charge un titre de transport aller-retour par bénéficiaire.
- En cas de décès du bénéficiaire, quel que soit le pays de survenance, ou en cas d'atteinte corporelle grave du bénéficiaire survenant dans le pays de domicile habituel, AXA Assistance organise le retour au domicile habituel des bénéficiaires membres de sa famille et prend en charge un titre de transport aller simple par bénéficiaire.

AXA Assistance prend en charge les titres de transport en avion classe économique ou en train à condition que les titres de transport ou les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Cette prestation n'est acquise qu'aux membres bénéficiaires de la famille du collaborateur détaché ou expatrié, eux mêmes bénéficiaires de ce contrat.

2.4. Retour des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans

En cas d'atteinte corporelle grave ou de décès du bénéficiaire et en l'absence, sur place, d'un membre de la famille en âge de majorité juridique, AXA Assistance organise le retour au domicile de ses enfants âgés de moins de 15 ans, également bénéficiaires.

L'accompagnement de ces enfants est effectué soit par un membre de la famille ou un proche dûment désigné et autorisé par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit, soit, à défaut, par un personnel qualifié.

AXA Assistance organise et prend en charge le titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train de cet accompagnateur ainsi que les honoraires et frais de déplacement du personnel qualifié.

Le billet aller simple des enfants est également pris en charge sous réserve que les titres de transport ou les moyens initialement prévus pour leur retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Cette prestation n'est acquise qu'aux membres bénéficiaires de la famille du collaborateur.

2.5. Rapatriement de corps

En cas de décès du bénéficiaire, AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport organisé par AXA Assistance sont pris en charge à concurrence de 770 € maximum.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du bénéficiaire.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'AXA Assistance.

2.6. Accompagnement du défunt

En cas de décès du bénéficiaire, si la présence sur place d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance met à sa disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train.

Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si le bénéficiaire était seul sur place au moment de son décès.

2.7. Envoi d'un collaborateur de remplacement

En cas de décès du bénéficiaire ou de son rapatriement sanitaire nécessitant une hospitalisation supérieure à six jours dans son pays de domicile habituel, AXA Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train afin d'envoyer un collaborateur de remplacement du pays de domicile habituel du bénéficiaire vers le pays d'affectation initial.

Cette demande doit être faite par le souscripteur au plus tard dans un délai de huit jours après le décès ou la décision médicale d'AXA Assistance d'effectuer le rapatriement.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « retour après consolidation ».

2.8. Retour après consolidation

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, le collaborateur est en mesure de reprendre son activité professionnelle, AXA Assistance, après accord de son équipe médicale, organise son retour dans le pays d'affectation initial afin de reprendre la mission interrompue.

AXA Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « envoi d'un collaborateur de remplacement ».

2.9. Envoi de médicaments à l'étranger

En cas d'impossibilité de trouver sur place les médicaments indispensables, ou leurs équivalents, prescrits avant le départ par le médecin traitant du pays de domicile habituel du bénéficiaire, AXA Assistance en fait la recherche en France.

S'ils sont disponibles, ils sont expédiés dans les plus brefs délais sous réserve des contraintes des législations locales et des moyens de transport disponibles.

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin.

Le coût des médicaments est à la charge du bénéficiaire qui s'engage à en rembourser le montant, majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de trente jours calculé à partir de la date d'expédition.

2.10. Informations

AXA Assistance met à la disposition des bénéficiaires un service d'information téléphonique accessible de 8 h 00 à 20 h 30 sur le tourisme et les voyages.

2.11. Conseils médicaux

L'équipe médicale d'AXA Assistance communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général :

- sur un ou plusieurs médicaments :
 - génériques,
 - effets secondaires,
 - contre-indications,
 - interactions avec d'autres médicaments,
 - précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement ;
- dans les domaines suivants :
 - vaccinations
 - diététiques,
 - hygiène de vie
 - alimentation
 - préparation aux voyages.

L'intervention du médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, le médecin d'AXA Assistance conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

2.12. Transmission de messages urgents

Si le bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, AXA Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, AXA Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

Le service assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

2.13. Avance des frais médicaux

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire à l'étranger suite à une atteinte corporelle grave AXA Assistance procède à l'avance des frais médicaux et chirurgicaux prescrits par toute autorité médicale à concurrence de 20 000 euros.

AXA Assistance se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit un chèque de caution ou une reconnaissance de dette égale au montant de l'avance.

Le remboursement des sommes avancées est effectué par débit de la carte bancaire du bénéficiaire, à défaut le bénéficiaire s'engage à en effectuer le remboursement dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition de la demande de remboursement émise par AXA Assistance.

Des poursuites seront engagées si le remboursement des frais médicaux n'est pas effectué dans le délai prévu.

Article 3. Exclusions

Le présent contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies, ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États Unis d'Amérique.

Les faits indiqués ci-dessous ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance :

- **toutes interventions relatives à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif,**
- **les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son affectation,**
- **les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,**
- **les maladies antérieurement constituées avant le début de l'affectation et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence,**
- **les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les six mois qui ont précédé le début de l'affectation,**
- **les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement,**
- **les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :**
- **les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28e semaine d'aménorrhée,**
- **les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés,**
- **les interruptions volontaires de grossesse,**
- **la chirurgie esthétique,**
- **les tentatives de suicide et leurs complications,**
- **les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,**
- **les conséquences du défaut, d'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage.**

Ne sont pas pris en charge :

- **les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.**

Outre les exclusions précisées dans les textes du présent contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- **résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire,**
- **de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,**

- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat,
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
- d'effets nucléaires radioactifs,
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir,
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires,
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Article 4. Conditions restrictives d'application

4.1. Limitation de responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

4.2. Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

Article 5. Conditions générales d'application

5.1. Mise en jeu des garanties

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties prévues dans le présent contrat.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge.

AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

5.2. Accord préalable

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement aux coordonnées téléphoniques précisés sur la carte d'assistance offerte à chaque assuré.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au présent contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

5.3. Déchéances des garanties

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers AXA Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus au contrat.

Article 6. Cadre juridique

6.1. Subrogation

AXA Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution du présent contrat.

Annexe I. Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation en tant que salarié pour les assurés ayant choisi

La garantie « Incapacité de travail – Invalidité permanente » est maintenue à l'EXPATRIÉ, qui, en fin de période d'expatriation, rentre, soit dans le pays dont il est ressortissant, soit dans celui où il résidait habituellement avant l'expatriation, et ayant, du fait de sa radiation du régime public obligatoire de Sécurité Sociale de ce pays, perdu les droits à prestations dudit régime.

Article 1. Conditions du maintien

Le présent maintien est accordé POUR UNE DURÉE MAXIMALE D'UN AN à l'assuré, âgé de moins de 65 ans, dont la situation est exposée ci-dessus, jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions requises pour bénéficier des prestations correspondantes du régime public de Sécurité Sociale et sous réserve que l'affiliation audit régime soit immédiate.

Article 2. Montant des prestations

Les prestations sont celles prévues par l'assurance maladie du régime général de la Sécurité Sociale.

Article 3. Cotisations

Il n'est pas dû de cotisation au titre du présent maintien de garantie.

Article 4. Cessation

Le maintien de garantie cesse :

- un an après la date de cessation des fonctions en tant qu'expatrié du Souscripteur,
- dès l'ouverture des droits de l'assuré à un régime public de Sécurité Sociale ou autre en tant que salarié ou ayant droit d'un assuré social,
- à la liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée,

En tout état de cause, à la résiliation du présent contrat.

Annexe II. Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation sans reprise d'activité salariée pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro

La garantie « Incapacité de travail – Invalidité permanente » est maintenue à l'EXPATRIÉ, qui, en fin de période d'expatriation, rentre soit dans le pays dont il est ressortissant, soit dans celui où il résidait habituellement avant l'expatriation, et ayant du fait de sa radiation du régime public obligatoire de Sécurité Sociale de ce pays, perdu les droits à prestations dudit régime.

Article 1. Conditions du maintien

Le présent maintien est accordé aux assurés dont la situation est exposée ci-dessus, bénéficiant des indemnités chômage par les ASSEDIC ou organisme similaire et pendant les douze mois qui suivent la fin des indemnisations, âgés de moins de 65 ans jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations correspondantes du régime public de Sécurité Sociale.

Article 2. Montant des prestations

Les prestations sont celles prévues par l'assurance maladie du régime général de la Sécurité Sociale.

Article 3. Cotisations

Il n'est pas dû de cotisation au titre du présent maintien de garantie.

Article 4. Cessation

Le maintien de garantie cesse :

- un an après la fin de la période d'indemnisation par les ASSEDIC ou organisme similaire,
- dès l'ouverture des droits de l'assuré à un régime public de Sécurité Sociale ou autre,
- à la liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée,

En tout état de cause, à la résiliation du présent contrat.

ACS | Assurances Courtages et Services
153 rue de l'Université, 75007 Paris
Tel. : +33 (0) 1 40 47 91 00
Email : contact@acs-ami.com
Site internet : www.acs-ami.com



Cachet de l'interlocuteur assureur

Entreprise Responsable, AXA France développe depuis plusieurs années des produits d'assurance à dimension sociale et environnementale.



* Ces services sont des preuves de nos engagements :
rendre vos démarches plus simples et plus claires, vous conseiller dans la durée, vous apporter une présence engagée dans les moments clés et être en permanence à votre écoute.

Avec **AXA** *Vostra* **SERVICE**, nous vous apportons en plus de vos garanties, des services pour vous faciliter la vie.

En savoir plus sur entreprise.axa.fr