

Conditions Générales **Santé 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 FRAIS DE SANTÉ et ASSISTANCE ; elles précisent la liste des documents nécessaires au règlement de nos prestations.

Les Conditions particulières

Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions Générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

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. Choix du régime par le souscripteur
	5	Article 5. Catégorie assurée
	6	Article 6. Admission à l'assurance, cessation de l'assurance
	6	Article 7. Cotisations
	7	Article 8. Déclaration du Souscripteur
	7	Article 9. Notice d'information
	7	Article 10. Prescription
	7	Article 11. Révision du contrat
	8	Article 12. Réclamation
	8	Article 13. Arbitrage
	8	Article 14. La compensation des opérations liées au contrat
	8	Article 15. Traitement des données à caractère personnel
	9	Article 16. Subrogation
Chapitre II. Garantie remboursement de frais médicaux au 1^{er} euro	10	Article 1. Objet de la garantie
	10	Article 2. Ayants droit de l'assuré
	10	Article 3. Dispositions applicables aux ayants-droit
	10	Article 4. Dispositions applicables aux assurés et aux ayants-droit
	11	Article 5. Étendue de la garantie
	12	Article 6. Entente préalable
	13	Article 7. Liste des frais médicaux ouvrant droit à prestation
	15	Article 8. Régime 100 « Plénitude »: montant des prestations
	17	Article 9. Régime 90 « Sérénité »: Montant des prestations
	19	Article 10. Régime de Base « Sécurité » : Montant des prestations
	19	Article 11. Exclusions
	20	Article 12. Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre
	21	Article 13. Contrôle de l'assureur

Chapitre III.	22	Article 1.	Objet de la garantie
Garantie remboursement de frais médicaux en complément CFE ou complément SS	22	Article 2.	Ayants droit de l'assuré
	22	Article 3.	Dispositions applicables aux ayants droit
	22	Article 4.	Dispositions applicables aux assurés et aux ayants droit
	22	Article 5.	Étendue de la garantie
	23	Article 6.	Entente préalable
	24	Article 7.	Liste des frais médicaux ouvrant droit à prestation
	24	Article 8.	Régime 100 « Plénitude » : montant des prestations
	25	Article 9.	Régime 90 « Sérénité » : montant des prestations
	27	Article 10.	Régime de Base « Sécurité » : Montant des prestations
	28	Article 11.	Exclusions
	28	Article 12.	Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre
	28	Article 13.	Contrôle de l'assureur
Chapitre IV.	29	Article 1.	Définitions
Garanties d'assistance	30	Article 2 -	Définition des garanties d'Assistance
	33	Article 3.	Exclusions
	34	Article 4.	Conditions restrictives d'application
		Article 5	Conditions générales d'application
Annexe I.	35	Article 1.	Conditions du maintien
Maintien de la garantie aux ayants droit après décès, divorce ou séparation judiciaire	35	Article 2.	Montant des prestations
	35	Article 3.	Cotisations
	35	Article 4.	Cessation
Annexe II.	36	Article 1.	Conditions du maintien
Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation ou à la fin d'un arrêt de travail indemnisé par AXA sans reprise de travail au service du souscripteur	36	Article 2.	Montant des prestations
	36	Article 3.	Cotisations
	36	Article 4.	Cessation
Annexe III.	37	Article 1.	Conditions du maintien
Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisé par l'assureur (contrat de travail non rompu)	37	Article 2.	Montant des prestations
	37	Article 3.	Cotisations
	37	Article 4.	Cessation
Annexe IV.	38	Article 1.	Conditions du maintien
Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisé par l'assureur (contrat de travail rompu) pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro	38	Article 2.	Montant des prestations
	38	Article 3.	Cotisations
	38	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 REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX, le personnel salarié de votre Entreprise, appartenant à la catégorie visée à l'article 5 et répondant aux conditions visées à l'article 6.

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 1^{er} 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. Choix du régime par le souscripteur

Le Souscripteur choisit, pour l'ensemble du personnel de la catégorie assurée, un des trois régimes proposés.

Le Souscripteur peut demander une modification de son choix. Ladite modification ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 5. 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 6. Admission à l'assurance, cessation de l'assurance

6.1. Admission à l'assurance

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.

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.

6.2. 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.

La cessation de l'assurance du salarié entraîne celle de ses ayants droit.

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 7. Cotisations

7.1. Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées en fonction :

- des zones d'expatriation suivantes :
 - zone 1 : États-Unis,
 - zone 2 : Brésil, Canada, Espagne, Hong-Kong, Italie, Japon, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Suisse,
 - zone 3 : Monde entier à l'exception des pays appartenant à la zone 2 et à la zone 1 ;
- et, de l'âge moyen du groupe assuré à la date d'effet du contrat.

Le montant des cotisations est indiqué aux Conditions particulières.

7.2. Évolution des cotisations

Les cotisations sont indexées à effet du 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE DES MÉNAGES publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Le taux d'indexation retenu est égal à la moyenne arithmétique des taux d'accroissement des deux dernières années recensées dans ledit rapport.

7.3. 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 1^{er} 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 8. 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, pays d'origine et d'expatriation accompagné, le cas échéant, des pièces justificatives relatives aux ayants droit.

- En cours de contrat, le Souscripteur doit :
 - informer l'Assureur avant l'entrée de tout nouvel assuré, le cas échéant, en joignant les pièces justificatives relatives aux ayants droit,
 - informer l'Assureur, dans les plus brefs délais, de toute modification de la situation de famille d'un 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 ainsi, en cas d'entrée et/ou de sortie de l'assurance en cours d'année, que la ou les dates correspondantes.

Article 9. 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 10. 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 11. 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 12. Réclamation

Vous devez dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, votre conseiller ou votre service Clients. Par la suite, et si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relations Clientèle Assurances Collectives en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France
Service Relations Clientèle Assurances Collectives
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

en précisant le nom et le numéro de votre contrat.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé réception vous sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé).

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur compétent pour le groupe AXA, personnalité indépendante, dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Relations Clientèle Assurances Collectives dans son courrier de réponse. Ce recours est gratuit. Le Médiateur formulera un avis dans les 2 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 13. 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 14. 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 15. 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, Terrasse 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 œuvre 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.

Article 16. Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'Assuré, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L 121-12 du Code des Assurances :

« L'Assureur et AXA Assistance sont subrogés, à concurrence des sommes versées par eux, dans les droits et actions de l'Assuré, contre tout tiers responsable. »

Chapitre II. Garantie remboursement de frais médicaux au 1^{er} euro

Article 1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le remboursement, selon le régime retenu, des frais médicaux tels que visés ci-après et exposés pendant la période d'assurance.

Article 2. Ayants droit de l'assuré

Les ayants droit du salarié assuré sont les membres de sa famille ci-après énumérés à la condition que le Souscripteur ait demandé leur admission à l'assurance :

- Le conjoint non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif. Sont assimilés au conjoint son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié par un PACS à tiers). Selon le cas, une copie du PACS ou un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune devront être fournis à l'Assureur.
- Les enfants de l'Assuré et/ou du conjoint (ou, en l'absence de conjoint, enfants du concubin visé ci-dessus, ou enfants du partenaire lié par un PACS) définis ci-après :
 - âgés de moins de 20 ans,
 - âgés d'au moins 20 ans et d'au plus 28 ans et remplissant une des conditions suivantes :
 - être affilié à un régime de sécurité sociale des étudiants,
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - être à la recherche d'un premier emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois.

Les enfants étudiants doivent, lorsque cela est possible, adhérer au régime de Sécurité Sociale du pays dans lequel ils étudient. Le régime frais de soins interviendra en complément des garanties de la Sécurité Sociale dudit pays. Un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

Les conditions de cotisation et de remboursement pour les ayants droit sont déterminées selon les mêmes critères en particulier de zones tarifaires, les limitations et d'exclusions que ceux du salarié assuré dont ils dépendent.

Article 3. Dispositions applicables aux ayants droit

3.1. Admission à l'assurance

La date d'admission à l'assurance des ayants droit définis à l'article 2 du présent chapitre est la date d'admission à l'assurance de l'Assuré lorsque les intéressés figurent sur le bulletin d'affiliation initial de l'Assuré.

Lorsque l'Assuré change de situation de famille postérieurement à sa date d'admission à l'assurance (mariage, naissance), les nouveaux ayants droit qui répondent à la définition visée à l'article 2 du présent chapitre sont admis à l'assurance dès la date dudit changement, à condition que la demande parvienne dans les 30 jours qui suivent ladite date, ou dans le cas contraire, le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission.

3.2. Radiation de l'assurance

Lorsque l'Assuré change de situation de famille (divorce ou séparation prononcée par un jugement définitif), il peut demander la radiation d'un ou plusieurs de ses ayants droit ; celle-ci est alors définitive. L'assurance cesse le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de radiation.

En tout état de cause, la cessation de l'assurance pour l'Assuré entraîne la radiation de tous les ayants droit visés à l'article 2 du présent chapitre.

Article 4. Dispositions applicables aux assurés et aux ayants droit

4.1. Les frais médicaux sont pris en charge compte tenu des délais d'attente ci-après :

- FRAIS d'HOSPITALISATION, de MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE : les frais ouvrent droit à prestation lorsque le premier jour de l'hospitalisation ou du début des soins pour la médecine ambulatoire courante, se situe après un délai fixé à TROIS MOIS, de date à date, à compter de la date d'admission à l'assurance de l'intéressé,

- FRAIS d'OPTIQUE MÉDICALE, FRAIS DENTAIREs, FRAIS de PROTHÈSES MÉDICALES AUTRES : les frais ouvrent droit à prestation lorsqu'ils débutent après un délai fixé à SIX MOIS, de date à date, à compter de la date d'admission à l'assurance de l'intéressé,

4.2. Les délais d'attente sont supprimés dans les cas ci-après, dûment justifiés :

- Frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé (on entend par « accident » tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'intéressé).
- Continuité d'assurance (assurance immédiatement antérieure et offrant des prestations équivalentes ou supérieures au présent régime).

4.3. Les délais d'attente sont supprimés dans le cas où le Souscripteur, à la date d'effet du contrat, fait déjà bénéficiaire son personnel non expatrié d'une couverture frais médicaux souscrite depuis au moins un an auprès d'Axa France Vie.

Article 5. Étendue de la garantie

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés à l'article 7 du présent chapitre et :

- qui ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance,
- qui auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale française si l'intéressé y avait été affilié,
- sous réserve des conditions de prise en charge et des exclusions visées respectivement au présent article et à l'article 11 du présent chapitre.

Toutefois, ouvrent également droit à prestation, selon le régime choisi par le Souscripteur :

- s'agissant d'une hospitalisation, les frais de chambre privée,
- s'agissant de l'hospitalisation d'un enfant « ayant droit » âgé de moins de 16 ans, les frais de lit de l'accompagnant,
- les bilans de santé,
- les traitements préventifs,
- les séances d'acupuncture, d'homéopathie, d'ostéopathie, et de chiropractie, dans la limite de 10 séances toutes médecines confondues, par bénéficiaire et par année civile,
- les lentilles de contact, pour autant qu'elles sont équivalentes à celles figurant dans la L.P.P. (Liste des Produits et Prestations) de la Sécurité Sociale française,
- la chirurgie réfractive au laser,
- les implants dentaires.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix d'un médecin, laboratoire, hôpital, clinique, etc., à condition que les praticiens ou les établissements soient agréés par les autorités médicales du pays en question et que les soins soient prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément.

On entend par « frais médicaux », les frais relatifs à des actes :

- effectués par un médecin régulièrement autorisé,
- prescrits par un médecin régulièrement autorisé et effectués par un praticien lui aussi régulièrement autorisé.

On entend par « régulièrement autorisé » le fait, pour le praticien qui exécute l'acte ou le prescrit, d'être en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires ou autre concernant l'exercice de sa profession.

S'agissant de frais médicaux exposés dans un établissement hospitalier, ce dernier doit être un établissement public ou privé à condition qu'il soit, dans ce dernier cas, régulièrement autorisé.

Les dits frais médicaux doivent avoir été exposés :

- dans le pays d'expatriation ou dans le pays d'origine,
- dans un pays tiers pour des séjours de moins de 30 jours :
 - lors d'un déplacement professionnel,
 - lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime.

Par « maladie inopinée », il faut entendre une maladie soudaine qui ne doit pas avoir de lien avec une maladie ou une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

Les prestations ne seront payées par l'Assureur que dans la mesure où les dépenses sont RAISONNABLES ET HABITUELLES. La prise en charge de l'Assureur est limitée aux frais réellement engagés et, dans tous les cas, à ce qui est raisonnable et habituel.

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique.

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

Les remboursements combinés de l'Assureur, de toute autre assurance collective ou individuelle et/ou organismes de protection sociale ne doivent pas excéder les frais réels pour les soins médicaux ou dentaires reçus par la personne assurée en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Article 6. Entente préalable

Les actes soumis à entente préalable, tels que décrits dans le présent article, doivent faire l'objet d'une demande auprès de l'Assureur. Dans le cas contraire, ils ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part de l'Assureur.

6.1. Hospitalisation

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant l'hospitalisation, la DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE remplie et signée par le praticien. En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée à l'Assureur dans les 5 JOURS qui suivent l'entrée à l'hôpital, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.

Pour toute prolongation de l'hospitalisation au-delà de 30 JOURS, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 30 JOURS. Elle doit parvenir à la Commission Médicale dans les 10 PREMIERS JOURS de chaque nouvelle période.

6.2. Médecine ambulatoire courante et médecine alternative

Les actes médicaux en série, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 5, sont soumis à la formalité de l'entente préalable dès la première séance, notamment :

- les actes d'auxiliaires médicaux (en particulier kinésithérapie, orthophonie...),
- les séances de médecine alternative.

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE rempli et signé par le praticien. Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur.

6.3. Dentaire

Sont soumis à la formalité de l'ENTENTE PRÉALABLE :

- les prothèses, les implants et la chirurgie dentaire, l'assureur pouvant exiger un contrôle préalable si plus de 3 dents sont concernées,
- l'orthopédie dento-faciale (traitement entrepris avant le 16e anniversaire de l'enfant ayant droit),
- les soins parodontiques.

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE rempli et signé par le praticien, accompagné d'un devis détaillé.

Cet accord n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées dans l'accord.

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée à l'Assureur dans les 5 JOURS qui suivent le début de l'exécution des actes, avec mention du caractère urgent.

6.4. Autres frais

Sont soumis à la formalité de l'ENTENTE PRÉALABLE :

- les prothèses médicales autres que dentaires,
- la chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme,
- les bilans de santé,
- les maisons de convalescence,

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale de l'Assureur, 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, une demande d'ENTENTE PRÉALABLE.

Cet accord n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées dans l'accord.

PAR DÉROGATION À L'ARTICLE VISÉ CI-DESSUS, SI L'ASSURÉ N'A PAS DEMANDÉ L'ACCORD PRÉALABLE, MAIS QUE LA DÉPENSE EST JUSTIFIÉE, L'ASSUREUR EFFECTUERA UN RÈGLEMENT DANS LA LIMITE DES PLAFONDS CONTRACTUELS EN APPLIQUANT UNE FRANCHISE DE 20 % DU MONTANT QU'IL AURAIT ÉTÉ AMENÉ À PAYER.

Article 7. Liste des frais médicaux ouvrant droit à prestation

7.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après (sous réserve des dispositions particulières du paragraphe 7.9 relatif à la maternité) :

- frais de séjour,
- frais du forfait journalier pour les hospitalisations en France,
- frais de supplément de chambre privée de niveau standard à l'exclusion de tout autre niveau,
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie réanimation,
- frais de salle d'opération,
- consultations,
- actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues),
- actes de biologie médicale,
- actes utilisant des radiations ionisantes,
- frais pharmaceutiques,
- frais de lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé. Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 21 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause,
- frais postopératoires prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital,
- frais de chirurgie réparatrice, pour les seuls soins consécutifs à un accident.

Ces frais doivent avoir été exposés dans les établissements ci-après (ou dans des établissements assimilés s'agissant de frais exposés en dehors de la France) :

- hôpitaux, cliniques médicales, médico-chirurgicales, obstétricales,
- établissements privés pour maladies nerveuses et mentales (ou établissements assimilés), dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile,
- maison de convalescence uniquement si la convalescence fait suite à hospitalisation de plus de 30 jours.

7.2. Transport en ambulance terrestre

Ouvrent droit à prestation les frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent chapitre.

7.3. Médecine ambulatoire courante

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

- consultations et visites (hors dentistes),
- actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues) prescrits médicalement,
- actes de biologie médicale,
- actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes,
- actes de petite chirurgie,
- frais pharmaceutiques prescrits médicalement.

Lesdits frais exposés en hôpital mais n'entrant pas dans le cadre du paragraphe 7.1 du présent chapitre sont considérés comme de la MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE.

Est qualifié d'AMBULATOIRE, tout traitement qui ne nécessite pas un séjour dans un établissement hospitalier entraînant la facturation de frais de séjour.

7.4. Médecine alternative

Les frais ouvrant droit à prestation sont les frais de consultations chez les professionnels ci-après :

- acuponcteur,
- homéopathe,
- ostéopathe,
- chiropracteur.

Le remboursement de l'Assureur est limité à 10 séances, toutes médecines confondues, par bénéficiaire et par année civile.

7.5. Médecine préventive

7.5.1. Vaccins et médicaments préventifs

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

- produits pharmaceutiques préventifs, prescrits médicalement et obligatoires pour le pays d'expatriation de l'Assuré,
- vaccinations et antipaludiques, prescrits médicalement, exigés à l'entrée du pays d'expatriation ou conseillés d'un point de vue médical pour le pays d'expatriation de l'Assuré.

7.5.2. Bilans de santé

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

- ECG, NFS plaquettes, VS,
- Créatine, Glycémie, Cholestérol total, Triglycérides,
- Alat Asat, Gamma GT,
- Hépatite antigène HBS, Hépatite anticorps HBC, Hépatite anticorps HVC,
- Examens d'urine.

L'Assureur prend en charge un bilan de santé par bénéficiaire au départ de l'expatriation, sous réserve qu'il intervienne deux mois au plus avant la date d'expatriation. Par la suite l'Assureur prend en charge un bilan de santé par assuré tous les deux ans.

7.6. Optique médicale

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

- verres à l'exception de tout supplément (solaire, étui, produits d'entretien, traitement des verres...),

- montures,
- lentilles de contact correctives, y compris les lentilles jetables, prescrites médicalement,
- chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. Le remboursement de l'assureur est limité à une opération par oeil par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

7.7. Dentaire

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

- consultations de dentistes, radiologie,
- soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlays d'obturation, onlays d'obturation),
- prothèses dentaires conjointes : couronnes, dent à tenon, inlays cores,
- prothèses dentaires adjointes : appareillage mobile,
- implants dentaires,
- parodontologie : gingivectomie, curetage-surfaçage, lambeaux,
- orthopédie dento-faciale (traitement entrepris avant le 16^e anniversaire de l'enfant ayant droit). Ce poste comprend à la fois la pose de l'appareillage et le traitement. Le remboursement de l'assureur est limité à 3 années civiles par enfant bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

7.8. Autres prothèses

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

- orthèses,
- appareils de surdité,
- prothèses médicales orthopédiques.

7.9. Maternité

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

- les examens pré et post accouchement,
- les frais d'accouchement,
- et les frais de séjour y compris les frais de chambre privée.

En cas d'accouchement sous césarienne, les honoraires chirurgicaux sont indemnisés dans le cadre du poste FRAIS D'HOSPITALISATION (paragraphe 7.1).

Article 8. Régime 100 « Plénitude » : montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR POUR LES ASSURÉS DE PLUS DE 65 ANS, tels que définis dans l'article 6.2 du Chapitre 1 :

Le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire de plus de 65 ans et par an.

8.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels y inclus le forfait journalier.

- S'agissant de la CHAMBRE PARTICULIÈRE, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 60 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

- S'agissant des frais de LIT DE L'ACCOMPAGNANT d'un enfant ayant droit de moins de 16 ans hospitalisé, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 40 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

L'INDEMNISATION EST LIMITÉE À 30 JOURS PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR ANNÉE CIVILE :

- POUR LES SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS POUR MALADIES NERVEUSES ET MENTALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS),
- S'AGISSANT DU SÉJOUR D'UN ENFANT EN ÉTABLISSEMENT OU UNITÉ À CARACTÈRE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURES THERMALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS).

8.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

8.3. Médecine ambulatoire courante

Médecine générale, médecine spécialisée

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 150 € par consultation.

Actes d'auxiliaires médicaux

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

Actes de biologie médicale, actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes, actes de petite chirurgie, frais pharmaceutiques prescrits médicalement

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

8.4. Médecine alternative

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels dans la limite de 10 séances (toutes médecines confondues) par bénéficiaire et par année civile, dans la limite de 40 € par séance.

8.5. Médecine préventive

8.5.1. Vaccins et médicaments préventifs

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

8.5.2. Bilan de santé

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 400 € par bilan.

8.6. Optique médicale

Verres

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 450 € par bénéficiaire et par année civile.

Monture

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 150 € par bénéficiaire et par année civile, et dans la limite d'une monture par bénéficiaire et par année civile.

Lentilles cornéennes

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 150 € par bénéficiaire et par année civile.

Chirurgie au laser

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 600 € par œil, et dans la limite d'une opération sur les 2 yeux par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

8.7. Dentaire

Consultations de dentistes, soins dentaires

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 2 500 € par bénéficiaire et par année civile.

Prothèses dentaires, implants dentaires

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 600 € par dent, et de 2 500 € par bénéficiaire et par année civile.

Orthopédie dento-faciale

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 1 700 € par an, avec un maximum de 3 années civiles (y compris les semestres de contention) par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

8.8. Autres prothèses

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire et par année civile, toutes prestations confondues.

8.9. Maternité

Le montant des prestations est fixé, à 100 % des frais réels, dans la limite des montants suivants :

- Zone 1 : 7 000 €
- Zone 2 : 5 000 €
- Zone 3 : 3 500 €

Ces limites sont ramenées aux montants suivants lorsque l'accouchement a lieu moins de 12 mois après la date d'admission à l'assurance de l'intéressée :

- Zone 1 : 3 500 €
- Zone 2 : 2 500 €
- Zone 3 : 1 750 €

Article 9. Régime 90 « Sérénité »: Montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR POUR LES ASSURÉS DE PLUS DE 65 ANS, tels que définis dans l'article 6.2 du Chapitre 1 :

Le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire de plus de 65 ans et par an.

9.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels (y inclus le forfait journalier).

- S'agissant de la CHAMBRE PARTICULIÈRE, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 50 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

- S'agissant des frais de LIT DE L'ACCOMPAGNANT d'un enfant ayant droit de moins de 16 ans hospitalisé, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 35 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

L'INDEMNISATION EST LIMITÉE à 30 JOURS PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR ANNÉE CIVILE :

- POUR LES SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS POUR MALADIES NERVEUSES ET MENTALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS),
- S'AGISSANT DU SÉJOUR D'UN ENFANT EN ÉTABLISSEMENT OU UNITÉ À CARACTÈRE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURES THERMALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS).

9.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

9.3. Médecine ambulatoire courante

Médecine générale, médecine spécialisée

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 135 € par consultation.

Actes d'auxiliaires médicaux

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels.

Actes de biologie médicale, actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes, actes de petite chirurgie, frais pharmaceutiques prescrits médicalement.

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels.

9.4. Médecine préventive

9.4.1. Vaccins et médicaments préventifs

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels.

9.4.2. Bilan de santé

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 350 € par bilan.

9.5. Optique médicale

Verres

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 400 € par bénéficiaire et par année civile.

Monture

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 135 € par bénéficiaire et par année civile, et dans la limite d'une monture par bénéficiaire et par année civile.

Lentilles cornéennes

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 135 € par bénéficiaire et par année civile.

9.6. Dentaire

Consultations de dentistes, soins dentaires

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 2 000 € par bénéficiaire et par année civile.

Prothèses dentaires, implants dentaires

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 500 € par dent, et de 2 000 € par bénéficiaire et par année civile.

Orthopédie dento-faciale

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 1 500 € par an, avec un maximum de 3 années civiles (y compris les semestres de contention) par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

9.7. Autres prothèses

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels, dans la limite de 900 € par bénéficiaire et par année civile, toutes prestations confondues.

9.8. Maternité

Le montant des prestations est fixé, à 100 % des frais réels, dans la limite des montants suivants :

- Zone 1 : 6 000 €
- Zone 2 : 4 000 €
- Zone 3 : 3 000 €

Ces limites sont ramenées aux montants suivants lorsque l'accouchement a lieu moins de 12 mois après la date d'admission à l'assurance de l'intéressée :

- Zone 1 : 3 000 €
- Zone 2 : 2 000 €
- Zone 3 : 1 500 €

Article 10. Régime de Base « Sécurité » : montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR :

Le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire et par an.

10.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels (y inclus le forfait journalier).

- S'agissant de la CHAMBRE PARTICULIÈRE, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 60 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

- S'agissant des frais de LIT DE L'ACCOMPAGNANT d'un enfant ayant droit de moins de 16 ans hospitalisé, le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, les frais réels étant limités à 40 € par jour.

Le nombre de jours ouvrant droit à ladite prestation est limité à 30 JOURS par hospitalisation et, le cas échéant, par année civile, en cas d'hospitalisations successives pour une même cause.

L'INDEMNISATION EST LIMITÉE À 30 JOURS PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR ANNÉE CIVILE :

- POUR LES SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS POUR MALADIES NERVEUSES ET MENTALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS),
- S'AGISSANT DU SÉJOUR D'UN ENFANT EN ÉTABLISSEMENT OU UNITÉ À CARACTÈRE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURES THERMALES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILÉS).

10.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels.

Article 11. 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.

Sont exclus de la garantie :

- Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ou dans la Nomenclature des actes cliniques ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification, lorsqu'ils ne sont pas expressément pris en charge par le présent contrat,
- La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (ex. Sécurité Sociale) ou par un autre contrat d'assurance,
- Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence de la présente convention,
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis,
- Les actes pour lesquels l'Assuré n'a pas fait la demande d'entente préalable nécessaire, ou dont la demande préalable a été refusée,
- Toute opération chirurgicale qui n'est pas nécessitée par une urgence médicale, sauf si elle a fait l'objet d'un accord préalable de l'assureur,
- Les frais afférents aux traitements esthétiques de toute nature, sauf accord préalable écrit de l'Assureur, et dans les conditions et limites stipulées par celui-ci, lorsque les frais afférents font suite à un accident survenu pendant la période d'assurance du présent contrat,
- Tous les produits non médicamenteux d'usage courant,
- Les frais de téléphone, et de télévision, en cas d'hospitalisation,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de postcure (ou établissement assimilé),
- Les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance du bénéficiaire dans ses activités quotidiennes, même s'il est déclaré en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,
- Les traitements pour lutter contre l'obésité,
- Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- Les traitements considérés comme expérimentaux,
- Les traitements podologiques ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie,
- Les traitements de sevrage tabagique,
- Les cures thermales,
- Les traitements de la stérilité,
- Les frais relatifs aux appareils médicaux et articles sanitaires (par exemple appareils de mesure de la tension artérielle...) qui n'auraient pas été remboursés par la Sécurité Sociale française, ainsi que les frais de fonctionnement, d'utilisation et d'entretien de ces appareils,
- Les cures de désintoxication contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

LES FRAIS MÉDICAUX JUGES SOMPTUAIRES, DÉRAISONNABLES OU INHABITUELS, COMPTE TENU DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ÉTÉ ENGAGÉS, PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

Article 12. Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre

L'Assuré doit transmettre toutes pièces justificatives visées ci-après qui seront conservées par l'Assureur :

Frais exposés dans le pays d'expatriation

- le formulaire de DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complété,
- l'original de la PRESCRIPTION MÉDICALE,
- le cas échéant, l'original du décompte de tout régime dont l'Assuré a reçu les prestations,
- l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative,

Frais exposés en France

- la FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité Sociale française dûment complétée,
- l'original de la PRESCRIPTION MÉDICALE,
- le cas échéant, l'original du décompte de tout autre régime (Sécurité Sociale ou régime privé) dont l'Assuré a reçu les prestations,
- l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative,

Frais exposés dans un pays tiers

- les pièces telles que visées pour les frais exposés dans le pays d'expatriation,
- toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie (article 5 du présent chapitre).

Les demandes de remboursement doivent, SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, être adressées dans les DOUZE MOIS suivant la date des soins.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'entre eux et la date à laquelle il a été effectué.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré, peut être demandée par l'Assureur.

Article 13. Contrôle de l'assureur

L'Assureur peut à tout moment demander des pièces justificatives complémentaires et vérifier ou faire vérifier que l'Assuré peut prétendre aux prestations demandées : **à défaut pour l'Assuré de répondre à la demande de l'Assureur, il se trouvera déchu de tout droit à indemnité.**

Si l'Assuré conteste les décisions de l'Assureur concernant son indemnisation, il peut demander une expertise amiable et contradictoire entre son médecin et le médecin délégué par l'Assureur, chaque partie supportant les frais de son expert ; si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'Assuré et à l'Assureur, chaque partie supportant la moitié des frais relatifs au médecin arbitre.

La désignation du médecin délégué par l'Assureur, ainsi que celle du médecin arbitre, doit être faite dans les 30 jours suivant la demande ou le constat de désaccord entre les deux médecins. À défaut la partie la plus diligente pourra saisir le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

Chapitre III. Garantie remboursement de frais médicaux en complément CFE ou complément SS

Article 1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le remboursement, selon le régime retenu, des frais médicaux tels que visés ci-après, qui ont donné lieu pour chaque acte à un remboursement de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française et exposés pendant la période d'assurance.

Article 2. Ayants droit de l'assuré

Les ayants droit du salarié assuré sont les membres de sa famille ci-après énumérés à la condition que l'Entreprise Adhérente ait demandé leur admission à l'assurance :

- Les membres de la famille ci-après, qui bénéficient du chef de l'assuré de l'assurance « Maladie » de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française :
 - Le conjoint non divorcé ni séparé de corps. Sont assimilés au conjoint son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié par un PACS à un tiers). Selon le cas, une copie du PACS ou un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune devra être fourni à l'Assureur,
 - Les enfants de l'Assuré et/ou du conjoint (ou, en l'absence de conjoint, du concubin visé ci-dessus, ou du partenaire lié par un PACS) âgés de moins de 20 ans.
- Les membres de la famille ci-après, qui bénéficient de leur propre chef de l'assurance « Maladie » de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française:
 - Le conjoint non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif. Sont assimilés au conjoint son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou, à défaut, son concubin. Selon le cas, une copie du PACS ou un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune devront être fournis à l'Assureur.
 - Les enfants de l'Assuré et/ou du conjoint (ou, en l'absence de conjoint, enfants du concubin visé ci-dessus, ou enfants du partenaire lié par un PACS) âgés de 20 ans à moins de 28 ans, et remplissant une des conditions suivantes :
 - être affilié à un régime de sécurité sociale des étudiants,
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - être à la recherche d'un premier emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois.

Un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

Les conditions de cotisation et de remboursement pour les ayants droit sont déterminées selon les mêmes critères en particulier de zones tarifaires, les limitations et d'exclusions que ceux du salarié assuré dont ils dépendent.

Article 3. Dispositions applicables aux ayants droit

Les dispositions sont celles prévues à l'article 3 du Chapitre 2.

Article 4. Dispositions applicables aux assurés et aux ayants droit

Les dispositions sont celles prévues à l'article 4 du Chapitre 2.

Article 5. Étendue de la garantie

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés à l'article 7 du présent chapitre et :

- qui ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance,
- qui ont donné lieu pour chaque acte à un remboursement de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française,
- sous réserve des conditions de prise en charge et des exclusions visées respectivement au présent article et à l'article 10 du présent chapitre.

Toutefois, ouvrent également droit à prestation, selon le régime choisi par le souscripteur :

- s'agissant d'une hospitalisation, les frais de chambre privée,
- s'agissant de l'hospitalisation d'un enfant « ayant droit » âgé de moins de 16 ans, les frais de lit de l'accompagnant,
- les bilans de santé,
- les traitements préventifs,
- les séances d'acupuncture, d'homéopathie, d'ostéopathie, et de chiropractie, dans la limite de 10 séances toutes médecines confondues, par bénéficiaire et par année civile,
- les lentilles de contact n'ayant pas ouvert droit à un remboursement de la Caisse des Français de l'Étranger, pour autant qu'elles soient équivalentes à celles figurant dans la LPP (Liste des Produits et Prestations) de la Sécurité Sociale française,
- la chirurgie réfractive au laser,
- les implants dentaires.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix d'un médecin, laboratoire, hôpital, clinique, etc., à condition que les praticiens ou les établissements soient agréés par les autorités médicales du pays en question et que les soins soient prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément.

On entend par « frais médicaux », les frais relatifs à des actes :

- effectués par un médecin régulièrement autorisé,
- prescrits par un médecin régulièrement autorisé et effectués par un praticien lui aussi régulièrement autorisé.

On entend par « régulièrement autorisé » le fait, pour le praticien qui exécute l'acte ou le prescrit, d'être en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires ou autre concernant l'exercice de sa profession.

S'agissant de frais médicaux exposés dans un établissement hospitalier, ce dernier doit être un établissement public ou privé à condition qu'il soit, dans ce dernier cas, régulièrement autorisé.

Lesdits frais médicaux doivent avoir été exposés :

- dans le pays d'expatriation ou dans le pays d'origine,
- dans un pays tiers pour des séjours de moins de 30 jours :
 - lors d'un déplacement professionnel,
 - lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime.

Par « maladie inopinée », il faut entendre une maladie soudaine qui ne doit pas avoir de lien avec une maladie ou une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

Les prestations ne seront payées par l'Assureur que dans la mesure où les dépenses sont RAISONNABLES ET HABITUELLES. La prise en charge de l'Assureur est limitée aux frais réellement engagés et, dans tous les cas, à ce qui est raisonnable et habituel.

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique.

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

Les remboursements combinés de l'Assureur, de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, de toute autre assurance collective ou individuelle et/ ou organismes de protection sociale ne doivent pas excéder les frais réels pour les soins médicaux ou dentaires reçus par la personne assurée en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Article 6. Entente préalable

Les dispositions sont celles prévues à l'article 6 du Chapitre 2.

Article 7. Liste des frais médicaux ouvrant droit à prestation

Les dispositions sont celles prévues à l'article 7 du Chapitre 2.

Article 8. Régime 100 « Plénitude » : montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR POUR LES ASSURÉS DE PLUS DE 65 ANS, tels que définis dans l'article 6.2 du Chapitre 1 :

Le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire de plus de 65 ans et par an.

8.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels (y inclus le forfait journalier), sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Les autres dispositions prévues à l'article 7.1 du chapitre 2 s'appliquent.

8.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

8.3. Médecine ambulatoire courante

Médecine générale, médecine spécialisée

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 150 € par consultation.

Actes d'auxiliaires médicaux

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Actes de biologie médicale, actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes, actes de petite chirurgie, frais pharmaceutiques prescrits médicalement Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

8.4. Médecine alternative

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels dans la limite de 10 séances (toutes médecines confondues) par bénéficiaire et par année civile, dans la limite de 40 € par séance.

8.5. Médecine préventive

8.5.1. Vaccins et médicaments préventifs

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

8.5.2. Bilan de santé

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 400 € par bilan.

8.6. Optique médicale

Verres

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 450 € par bénéficiaire et par année civile.

Monture

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 150 € par bénéficiaire et par année civile, et dans la limite d'une monture par bénéficiaire et par année civile.

Lentilles cornéennes

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 150 € par bénéficiaire et par année civile.

Chirurgie au laser

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels, dans la limite de 600 € par oeil, et dans la limite d'une opération sur les 2 yeux par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

8.7. Dentaire**Consultations de dentistes, soins dentaires**

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 2 500 € par bénéficiaire et par année civile.

Prothèses dentaires, implants dentaires

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 600 € par dent, et de 2 500 € par bénéficiaire et par année civile.

Orthopédie dento-faciale

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 1 700 € par an, avec un maximum de 3 années civiles (y compris les semestres de contention) par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

8.8. Autres prothèses

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire et par année civile, toutes prestations confondues.

8.9. Maternité

Le montant des prestations est fixé, à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite des montants suivants :

- Zone 1 : 7 000 €
- Zone 2 : 5 000 €
- Zone 3 : 3 500 €

Ces limites sont ramenées aux montants suivants lorsque l'accouchement a lieu moins de 12 mois après la date d'admission à l'assurance de l'intéressée :

- Zone 1 : 3 500 €
- Zone 2 : 2 500 €
- Zone 3 : 1 750 €

Article 9. Régime 90 « Sérénité » : montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR POUR LES ASSURÉS DE PLUS DE 65 ANS, tels que définis dans l'article 6.2 du Chapitre 1 :

le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire de plus de 65 ans et par an.

9.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels (y inclus le forfait journalier), sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Les autres dispositions prévues à l'article 7.1 correspondant du Chapitre 2 s'appliquent.

9.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

9.3. Médecine ambulatoire courante

Médecine générale, médecine spécialisée

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 135 € par consultation.

Actes d'auxiliaires médicaux

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Actes de biologie médicale, actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes, actes de petite chirurgie, frais pharmaceutiques prescrits médicalement.

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

9.4. Médecine préventive

9.4.1. Vaccins et médicaments préventifs

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

9.4.2. Bilan de santé

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 350 € par bilan.

9.5. Optique médicale

Verres

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 400 € par bénéficiaire et par année civile.

Monture

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 135 € par bénéficiaire et par année civile, et dans la limite d'une monture par bénéficiaire et par année civile.

Lentilles cornéennes

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 135 € par bénéficiaire et par année civile.

9.6. Dentaire

Consultations de dentistes, soins dentaires

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 2 000 € par bénéficiaire et par année civile.

Prothèses dentaires, implants dentaires

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 500 € par dent, et de 2 000 € par bénéficiaire et par année civile.

Orthopédie dento-faciale

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite de 1 500 € par an, avec un maximum de 3 années civiles (y compris les semestres de contention) par bénéficiaire et pour toute la durée de l'affiliation.

9.7. Autres prothèses

Le montant des prestations est fixé à 90 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale Française, dans la limite de 900 € par bénéficiaire et par année civile, toutes prestations confondues.

9.8. Maternité

Le montant des prestations est fixé, à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française, dans la limite des montants suivants :

- Zone 1 : 6 000 €
- Zone 2 : 4 000 €
- Zone 3 : 3 000 €

Ces limites sont ramenées aux montants suivants lorsque l'accouchement a lieu moins de 12 mois après la date d'admission à l'assurance de l'intéressée :

- Zone 1 : 3 000 €
- Zone 2 : 2 000 €
- Zone 3 : 1 500 €

Article 10. Régime de Base « Sécurité » : montant des prestations

Le montant des prestations tel que visé ci-après est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels et les éventuelles prestations servies par tout régime dont pourrait relever l'intéressé.

MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR :

le total des remboursements effectués par l'Assureur pour les dépenses énumérées ci-après est limité à un montant de 400 000 € par bénéficiaire et par an.

10.1. Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels (y inclus le forfait journalier), sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Les autres dispositions prévues à l'article 7.1 du Chapitre 2 s'appliquent.

10.2. Transport en ambulance terrestre

Le montant des prestations est fixé à 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française.

Article 11. Exclusions

Les dispositions prévues à l'article 11 du Chapitre 2 s'appliquent.

Article 12. Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre

L'Assuré doit transmettre toutes pièces justificatives visées ci-après qui seront conservées par l'Assureur :

S'agissant des frais couverts par la Caisse des Français de l'Étranger ou la Sécurité Sociale française et pris en charge par le présent contrat :

- l'original du décompte de la Caisse des Français de l'Étranger, ou de la Sécurité Sociale française,
- à défaut, l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative,
- le cas échéant, l'original du décompte de tout autre régime dont l'Assuré a reçu les prestations.

S'agissant des frais non couverts par la Caisse des Français de l'Étranger ou de la Sécurité Sociale française et pris en charge par le présent contrat :

- le formulaire de DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complété,
- l'original de la PRESCRIPTION MÉDICALE éventuelle,
- l'original de la FACTURE détaillée, acquittée et nominative.
- l'original du décompte de tout régime dont l'Assuré a reçu les prestations,
- la FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité Sociale française dûment complétée pour des frais exposés en France.

S'agissant des frais exposés dans un pays tiers :

- les pièces telles que visées ci-dessus,
- toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie (article 5 du présent chapitre).

Les demandes de remboursement doivent, SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, être adressées dans les DOUZE MOIS suivant la date des soins.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'entre eux et la date à laquelle il a été effectué.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré, peut être demandée par l'Assureur.

Article 13. Contrôle de l'assureur

Les dispositions prévues à l'article 13 du Chapitre 2 s'appliquent.

Chapitre IV. 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 ses ayants droit tels que définis au Chapitre 2, article 2 du contrat d'assurance Santé cité en objet 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 au paiement direct, à la structure hospitalière, des frais médicaux et d'hospitalisation garantis par l'assureur, pour le compte de ce dernier et en accord avec lui.

AXA Assistance effectue cette prise en charge pour permettre l'admission hospitalière immédiate du bénéficiaire en se réservant la faculté de vérifier sa qualité d'assuré au titre de la garantie d'assurance des frais médicaux et d'hospitalisation.

Le plafond de paiement direct est fixé au montant de la garantie d'assurance.

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 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 28^e 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,
- 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, 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'événements 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.

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

- par téléphone : 01 55 92 14 92
- par télécopie : 01 55 92 40 50
- par télex : 634307F/UPAST
- par télégramme

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.

Annexe I. Maintien de la garantie aux ayants droit après décès, divorce ou séparation judiciaire pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro

Article 1. Conditions du maintien

En cas de décès, de divorce de l'assuré ou de séparation judiciaire, le bénéfice de la garantie de l'assuré décédé, divorcé ou séparé judiciairement est maintenu aux ayants droit pendant une durée maximale de trois mois à compter de la date du décès, du divorce ou de la séparation judiciaire, à la condition que les ayants droit ne bénéficient pas, à un titre quelconque, d'un régime public de Sécurité Sociale ou d'un autre organisme.

Article 2. Montant des prestations

Le montant des prestations est égal à celui prévu par le régime général de la Sécurité Sociale française.

Article 3. Cotisations

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

Article 4. Cessation

Le maintien prend fin :

- dès l'ouverture des droits des ayants droit à un régime public de Sécurité Sociale ou autre en tant que salarié ou ayant droit d'un assuré social,
- à l'issue de la période maximale de trois mois.

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

Annexe II. Retour de l'expatrié en fin de période d'expatriation ou à la fin d'un arrêt de travail indemnisé par AXA sans reprise de travail au service du souscripteur pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro

La garantie est maintenue à l'assuré et à ses ayants-droit :

- en fin de période d'expatriation, quand ils rentrent, soit dans leur pays dont ils sont ressortissants, soit dans celui où ils résidaient habituellement avant leur expatriation,
- ou à la fin d'un arrêt de travail indemnisé par AXA dans le cadre du contrat 900 495 et ayant, du fait de leur 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 DE TROIS MOIS (six mois pour certains pays avec l'accord de l'assureur) à l'assuré et à ses ayants droit, dont la situation est exposée ci-dessus, jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations correspondantes du régime public de Sécurité Sociale et sous réserve que l'affiliation audit régime soit immédiate. L'assuré doit justifier avoir fait les démarches nécessaires pour la souscription auprès dudit régime.

Article 2. Montant des prestations

Le montant des prestations est égal à celui prévu par le régime général de la Sécurité Sociale française.

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 :

- 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,
- à l'issue de la période maximale de trois mois.

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

Annexe III. Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisé par l'assureur (contrat de travail non rompu) pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro

Article 1. Conditions du maintien

Lorsque l'assuré perçoit, des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail ou des rentes d'invalidité suite à une maladie ou un accident de la vie privée, ou suite à un accident du travail ou maladie professionnelle, au titre d'un contrat souscrit auprès de l'Assureur, et ne perçoit aucun salaire (même partiel), le maintien de la garantie FRAIS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX et de MATERNITÉ reste acquis à l'assuré et à ses ayants droit tant que le contrat de travail n'est pas rompu avec le Souscripteur.

Article 2. Montant des Prestations

Le montant des prestations est tel que prévu par le présent régime.

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 :

- dès que l'assuré perçoit de nouveau un salaire (même partiel),
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée,

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

ANNEXE IV. Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisé par l'assureur (contrat de travail rompu) pour les assurés ayant choisi les garanties au 1^{er} euro

Article 1. Conditions du maintien

Pendant toute la durée de versement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail ou des rentes d'invalidité, suite à une maladie ou un accident de la vie privée, ou suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, au titre d'un contrat souscrit auprès de l'Assureur, le maintien de la garantie FRAIS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX et de MATERNITÉ reste acquis à l'assuré et à ses ayants droit après rupture du contrat de travail avec le Souscripteur, à condition que l'assuré :

- ne perçoit aucun salaire, même partiel,
- ne bénéficie à aucun titre des prestations en nature de la Sécurité Sociale française ou d'un régime local.

Article 2. Montant des prestations

Le montant des prestations est égal à celui prévu par le régime général de la Sécurité Sociale française.

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 :

- dès que l'assuré perçoit de nouveau un salaire (même partiel),
- 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 Votre SERVICE**, nous vous apportons en plus de vos garanties, des services pour vous faciliter la vie.

En savoir plus sur entreprise.axa.fr