

L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

ACS SENIOR VIAGER CFE Régime Santé - Complément CFE Notice d'information

En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale, vous avez choisi d'adhérer aux garanties « ACS Seniors - Santé Complémentaire CFE » souscrites par L'Association auprès d'AWP Health & Life S.A. (Société Anonyme au capital de 65.190.446 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé Eurosquaire 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France – immatriculation 401 154 679 RCS Bobigny) sous le contrat numéro 078718/512 et d'Allianz IARD (Société Anonyme au capital de 991.967.200 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX, FRANCE – immatriculation 542 110 291 RCS Nanterre) sous le contrat numéro 78 295 612.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

Sommaire

1/ Généralités.....	2
2/ Définitions.....	4
3/ Garanties et prestations Santé.....	6
4/ Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux.....	8
5/ Garanties d'Assistance (si option souscrite)	9
6/ Responsabilité civile (si option souscrite).....	10
7/ Exclusions générales pour toutes les garanties de Santé, d'Assistance et de Responsabilité Civile.....	12
8/ Prescription	12
9/ Recours.....	14
10/ Base du contrat d'assurance	14
11/ Médiation	15
12/ Tableaux des garanties	17

1/ Généralités

Admissibilité – affiliation

Sont admissibles les personnes seniors suivantes :

Catégorie 1 :

- Les personnes qui étaient précédemment adhérentes de l'**ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE (AMI) au titre des contrats** 080225/501 ou 080225/511 ou 078718/501 ou 078718/511 en tant qu'expatriés français actifs,
- et qui ont entre 60 ans et 71 ans,
- et qui ont, à la date d'effet du présent contrat, liquidé leurs droits à la retraite.

La demande d'adhésion doit être parvenue à l'Assureur dans un délai de 3 mois après liquidation des droits à retraite.

Aucune sélection médicale n'est nécessaire. Les délais d'attente visés sous le paragraphe « Effet des garanties » sont supprimés.

Catégorie 2 :

- Les personnes qui étaient précédemment expatriés français en tant qu'actifs,
- et qui ont entre 60 ans et 71 ans,
- et qui ont, à la date d'effet du présent contrat, liquidé leurs droits à la retraite.

La demande d'adhésion doit être parvenue à l'Assureur dans l'année qui suit l'adhésion à la CFE et pour autant que la CFE n'applique pas de délais de carence.

La sélection médicale et les délais de carence sont applicables.

Catégorie 3 :

- Les personnes qui ayant liquidé leurs droits à la retraite décident de s'installer à l'étranger alors qu'ils étaient auparavant métropolitains.
- Et qui ont entre 60 ans et 71 ans.

La demande d'adhésion doit être parvenue à l'Assureur dans l'année qui suit l'adhésion à la CFE et pour autant que la CFE n'applique pas de délais de carence.

La sélection médicale et les délais de carence sont applicables.

L'Adhérent doit, au moment de son affiliation, remplir et signer le formulaire d'adhésion incluant un questionnaire médical validé par l'Assureur. Un examen médical complémentaire peut être demandé par l'Assureur.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner l'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

L'Adhérent s'engage pour lui-même et éventuellement pour son conjoint (ou partenaire de PACS). A compter de l'acceptation par l'Assureur, l'adhérent et son ayant droit le cas échéant, prennent la qualité d'Adhérents, et leur adhésion court jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 12 mois, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Effet des garanties

La prise en charge des frais par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des assurés de catégories 2 et 3 admis à l'assurance après examen et **acceptation écrite du questionnaire médical par l'assureur pour tous les frais** sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, à l'exception des frais suivants qui sont soumis à un délai d'attente fixé ci-après commençant à courir dès la date d'acceptation par l'Assureur figurant sur le formulaire d'adhésion :

- **Prothèses Dentaires : 6 mois.**
- **Prothèses Médicales (auditives, orthopédie) : 6 mois.**
- **Optique : 6 mois.**
- **Cure Thermale en France: 6 mois.**

Toutefois, les délais d'attente sont levés si l'adhérent peut justifier d'une couverture équivalente au moment de l'adhésion ou, en cas d'interruption de couverture, dans le cadre du présent contrat, de moins d'un mois entre deux adhésions.

Renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à ACS, 153 rue de l'Université 75007 Paris. ACS lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée. Si l'Adhérent demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de renonciation, le droit de renonciation n'est plus applicable.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte du risque ou des circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances :

- Si elle est intentionnelle (Article L 113-8 du Code des assurances) :
 - la nullité de votre contrat,
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.
- Si elle n'est pas intentionnelle (Article L 113-9 du Code des assurances) :
 - l'augmentation de votre cotisation ou la résiliation de votre contrat lorsqu'elle est constatée avant tout sinistre,
 - la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité, lorsqu'elle est constatée après sinistre.

Durée des garanties

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

Pour chaque Adhérent :

- au décès de l'adhérent
- pour non paiement des cotisations
- pour non paiement des cotisations auprès de la Caisse des Français de l'Etranger
- pour retour définitif en France
- suite à l'arrêt de la couverture auprès de la Caisse des Français de l'Etranger, qu'elle qu'en soit la raison
- à la date de résiliation du contrat n°078718/512 conclu entre AMI et AWP Health & Life ou du contrat n°78 295 612 conclu entre AMI et Allianz IARD.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.

Ce contrat bénéficie d'une **garantie viagère immédiate**, c'est pourquoi l'Assureur s'engage à ne jamais le résilier (sauf application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances en cas de fausse déclaration et de l'article L113-3 du Code des Assurances en cas de non-paiement de cotisation).

2/ Définitions

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat en italique et commençant par une majuscule ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, **à l'exclusion d'une *Maladie* aiguë ou chronique.**

Admission explicite à l'Hôpital :

- (i) Pour un séjour de plus de 24 heures, l'admission explicite à l'Hôpital est le document formel émis par l'Hôpital ou tout centre prodiguant des soins hospitaliers à un patient qui se voit attribuer une chambre et des repas ainsi que des soins infirmiers continus à l'Hôpital au sein duquel le patient passe au moins une nuit.
- (ii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient bénéficie de soins infirmiers et se voit attribuer un lit alors même qu'il ne passe pas la nuit à l'Hôpital.
- (iii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes non chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient est rentré à l'Hôpital pour moins de 24 heures pour suivre un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyses. Le patient a effectué son traitement à l'Hôpital et le quitte une fois celui-ci terminé.

Attentat/Actes de terrorisme : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public.

Cet « attentat » devra être recensé par le ministère des Affaires étrangères français.

Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

Catastrophes naturelles : intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine.

Cure thermale : traitement médical prescrit d'une durée maximale de 21 jours faisant appel à l'eau de source minérale et à ses dérivés. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance et un suivi médical régulier.

Déchéance : perte du droit à la Garantie pour le Sinistre en cause.

Délai d'attente : période pendant laquelle l'Adhérent n'a pas droit à certaines prestations.

Domicile : on entend par domicile le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent dans son pays d'origine.

Domages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.

Domages matériels : Toute atteinte, destruction, altération, perte ou disparition d'une chose ou substance ainsi que toute atteinte physique à un animal.

Domages immatériels consécutifs : Tout préjudice pécuniaire qui résulte de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'un bénéfice, et qui est la conséquence directe de *Domages Corporels* ou matériels garantis.

Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 16 ans : prix de la chambre d'*Hôpital* pour un parent durant l'admission de l'enfant assuré à l'*Hôpital* pour un traitement. Si un lit d'*Hôpital* n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre à concurrence des montants indiqués. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Franchise : Partie de l'indemnité restant à la charge de l'Adhérent.

Grève : action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications.

Guerre civile : opposition armée de plusieurs parties appartenant à un même pays, ainsi que toute rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'État, application de la loi martiale ou fermeture des frontières commandée par les autorités locales.

Guerre étrangère : opposition armée déclarée ou non d'un État à un autre État, ainsi que toute invasion ou état de siège.

Hôpital/Etablissement régulièrement autorisé : désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident. Maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

Hospitalisation : On entend par hospitalisation :

- (i) Les séjours de plus de 24 heures pour des traitements médicaux ou des *Interventions Chirurgicales* en établissement public ou privé suite à un *Accident* ou à une *Maladie*, dès lors que l'adhérent a fait l'objet d'une *Admission Explicite à l'Hôpital*. Sont alors couverts :
- *l'Intervention Chirurgicale* et les frais de séjour correspondants,
 - les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
 - le transport du malade entre la résidence du malade ou le lieu de *l'Accident* et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.
- (ii) Les séjours de moins de 24 heures, lorsque l'adhérent a fait l'objet d'une *Admission Explicite à l'Hôpital*, en cas :
- *d'Interventions Chirurgicales*,
 - d'actes de fibroscopie, coloscopie, endoscopie, ou
 - de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyses.

Les séjours de moins de 24 heures pour des actes établis dans les services d'urgence des hôpitaux ne donnant pas lieu à *Intervention Chirurgicale*, sont considérés comme des soins ambulatoires et ne rentrent pas dans le champ du poste Hospitalisation.

Intervention Chirurgicale : Les actes dispensés sous anesthésie (générale ou locale) ou l'atteinte d'un organe à traiter après incision, sont réputés actes de chirurgie.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : prise en charge d'un examen des yeux par année d'Assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux.

Médicaments prescrits : désignent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

Pays d'origine : est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport des bénéficiaires et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur le bulletin d'affiliation.

Pollution : dégradation de l'environnement par l'introduction dans l'air, l'eau ou le sol de matières n'étant pas présentes naturellement dans le milieu.

Prothèse dentaire : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

Prothèse médicale : appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Sécurité Sociale : on entend par Sécurité Sociale les assurances volontaires de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) pour les risques « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie Professionnelle ».

Subrogation : situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne (notamment : substitution de l'Assureur au Souscripteur aux fins de poursuites contre la partie adverse).

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage, à l'exception d'un membre de la famille. Les Adhérents non membres d'une même famille sont considérés comme tiers entre eux.

Urgence : terme utilisé en cas d'*Accident* ou de commencement d'une *Maladie* grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

3/ Garanties et prestations Santé

Zone de couverture

Les frais médicaux sont remboursables sur le continent africain à l'exception de l'Afrique du sud, dans les pays suivants : Birmanie, Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, et Vietnam, et en France.

Toutefois, lors d'un séjour d'une durée de moins de 7 semaines dans le pays d'origine ou dans un pays hors de la zone d'expatriation, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un *Accident* ou une *Maladie* présentant un caractère d'*Urgence* tel que ces termes sont définis précédemment à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'*Hospitalisation* ait été nécessitée par la cause directe de l'*Urgence* et qu'elle intervienne dans les 24 heures.

Dans les autres cas, après accord exprès de l'Assureur.

Garantie Maladie – Chirurgie

Seules sont prises en charge les prestations correspondant aux garanties souscrites. La liste de ces garanties apparaît sur le tableau en dernière page de la présente notice.

Sont garantis, sous réserve des exclusions ci-après, dans la limite de la formule choisie et tel qu'indiqué au tableau des garanties en dernière page de cette notice, **les frais médicaux en complément des prestations en nature des assurances « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle » de la Caisse des Français de l'Étranger.**

Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable, habituel et correspond à des interventions médicalement justifiées.

Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités stipulées au tableau des garanties.

Les remboursements sont effectués, sous déduction des prestations de la CFE, à concurrence des maxima indiqués au tableau des garanties et dans la limite des frais réels. **La limite maximale annuelle par bénéficiaire est de 100.000 Euros par année civile. Dans la catégorie Hospitalisation, les frais réels sont limités à 200% du barème de remboursement de la Sécurité Sociale française / CFE.**

Par frais réels, il faut entendre les frais habituels, raisonnables et médicalement justifiés déterminés sur la base du tarif couramment pratiqué par les établissements et les praticiens dans le pays ou l'état concerné.

Les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de Prévoyance et d'Assurance accident, dont l'Adhérent pourrait bénéficier personnellement.

Par plafond par an, il faut entendre plafond par année civile.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une *Maladie*, une maternité ou un *Accident* ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion.

Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir une indemnité complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Adhérent est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

Prestations exclues

Il est entendu et convenu que les frais médicaux non reconnus par la *Sécurité Sociale* française ne sont pas pris en charge par le présent contrat, exception faite des actes figurant dans le tableau des garanties.

Par ailleurs les risques et prestations définis ci-dessous sont également exclus, même si ils auraient donné lieu à un remboursement de la *Sécurité Sociale* française.

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat :

- les traitements en dehors de la zone géographique d'expatriation tel qu'indiqué au formulaire d'adhésion, sauf cas prévus dans le chapitre « zone de couverture »,
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur,
- les traitements préventifs, bilans de santé ainsi que les examens de dépistage,
- les *Prothèses Dentaires*, y compris inlays, onlays, implants, n'étant pas pris en charge par la *Sécurité Sociale* française,
- les remboursements de viagra et de tous ses dérivés ou formules chimiques équivalentes,
- les frais annexes ou de confort en cas d'*Hospitalisation* (téléphone, télévision...),
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe (à l'exception de l'organe lui-même),
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
- les traitements liés à, ou les conséquences de, la toxicomanie ou l'alcoolisme,
- de façon générale les frais de séjour dans des établissements non hospitaliers,
- toute chirurgie élective/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,
- les *Cures Thermales* en dehors du territoire français,
- les frais de transport et d'hébergement relatifs aux *Cures Thermales*,
- les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit,
- les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence même si ce séjour est médicalement prescrit (à l'exception des centres de rééducation immédiatement suite à une *Hospitalisation*),
- l'orthodontie,
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et psychiatrie, ainsi que les médicaments qui leur sont liés,
- les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une *Maladie grave*,
- les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR),

- **les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings, ...**

4/ Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux

Déclaration

En cas d'Hospitalisation, l'Adhérent peut obtenir une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds en nous appelant au +33 (0) 1 84 79 08 80 (ou par fax au +33 (0) 1 77 68 01 68 ou par e-mail : hospi@medical-administrators.com).

Pour les autres frais, les documents sont à adresser à :

MAI – Service remboursement Frais Médicaux - 37, rue Anatole France – 92300 Levallois-Perret, FRANCE – Téléphone : + 33 (0) 1 84 79 08 80 / Email : acs@medical-administrators.com

En cas de maladie : les factures détaillées avec ordonnances et feuilles de soins comportant les vignettes pour le remboursement des médicaments.

En cas d'Hospitalisation (si une prise en charge n'a pas été délivrée) : les justificatifs de l'Hospitalisation, factures, notes d'honoraires.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire.

Aucune copie, photocopie ou duplicata de facture n'est acceptée.

E-claiming :

Toutefois, pour les demandes de remboursement dont le montant est inférieur ou égal à 300 Euros, sont acceptées les pièces justificatives numérisées envoyées à :

acs@medical-administrators.com

Il est précisé que l'Assureur se réserve le droit de réclamer les originaux pendant 18 mois suivant la date de remboursement dans un souci de contrôle et de prévention de la fraude.

En cas d'impossibilité pour l'assuré de fournir les originaux, à la demande de l'Assureur le bénéficiaire de la garantie s'engage à lui reverser, dans les meilleurs délais, les prestations perçues sur la base des documents numérisés. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Approbation préalable

Le remboursement :

- des frais d'Hospitalisation (à l'Hôpital ou à domicile)
- des soins de rééducation physique immédiatement après une Hospitalisation
- d'IRM
- de physiothérapie (au-delà de 10 séances)
- de kinésithérapie
- de chiropraxie
- d'ostéopathie
- d'homéopathie
- d'acupuncture
- des Frais d'Accouchement,

est soumis à l'approbation préalable de l'assureur, sauf en cas d'Urgence. Chaque admission à l'Hôpital doit être notifiée à l'assureur au moins 10 jours avant l'admission réelle et dans un délai de 48 heures pour les Hospitalisations qui suivent une Urgence.

L'assureur se réserve le droit de ne pas rembourser de dépenses qui n'ont pas été notifiées par avance comme le demande le contrat. Si, après cela, un traitement devient médicalement nécessaire,

l'assureur ne rembourse que 80 % du montant indiqué pour les prestations en cas d'Hospitalisation et 50 % pour les autres prestations.

En cas d'Hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, un certificat médical doit préalablement nous être demandé. Il nous sera retourné après avoir été rempli par le médecin de l'Adhérent.

Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Adhérent ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

5/ Garanties d'Assistance (si option souscrite)

Assistance Rapatriement

Si l'Adhérent se trouve dans une des situations évoquées ci-après, nous mettons en œuvre les services décrits, sur simple appel téléphonique (PCV accepté de l'étranger) ou envoi d'un télex, d'une télécopie ou d'un télégramme. Dans tous les cas, la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement au médecin d'Allianz IARD, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire.

Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

En aucun cas, Allianz IARD ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'Adhérent est malade ou blessé suite à un événement garanti et que son état de santé nécessite un transfert, les infrastructures médicales locales ne disposant pas des capacités pour dispenser les soins appropriés, nous organisons et prenons en charge son transfert :

- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche de son lieu d'expatriation
- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche de son *Domicile* dans son pays d'origine
- soit nous organisons et prenons en charge son rapatriement jusqu'à son *Domicile* dans son pays d'origine.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale, si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants:

- avion sanitaire spécial
- avion de ligne régulière, train, wagon-lit, bateau, ambulance.

Accompagnement lors du rapatriement ou transport sanitaire

Suite au rapatriement ou au transport sanitaire de l'Adhérent, nous organisons et prenons en charge les frais supplémentaires de transport des membres de sa famille assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat accompagnant l'Adhérent si les titres de transport prévus pour leur retour dans leur pays d'origine ne peuvent être utilisés du fait de ce rapatriement.

Transport du corps en cas de décès

Nous organisons et prenons en charge le transport du corps depuis le lieu de mise en bière, jusqu'à l'aéroport international le plus proche du *Domicile* de l'Adhérent.

Nous prenons également en charge les frais annexes nécessaires au transport, dont le coût du cercueil, permettant le transport, à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation restent à la charge des familles.

Nous organisons et prenons en charge les frais supplémentaires de transport des membres de sa famille assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat accompagnant l'Adhérent si les titres de transport prévus pour leur retour dans leur pays d'origine ne peuvent être utilisés du fait de ce rapatriement.

Retour de l'Adhérent après consolidation

Suite à au rapatriement de l'Adhérent organisé par Allianz IARD dans son pays d'origine, si une autorité médicale constate que son état de santé s'est consolidé et qu'elle permet à l'Adhérent de revenir dans son pays d'expatriation, nous prenons en charge son titre de transport jusqu'à l'aéroport international le plus proche de son lieu d'expatriation. Nous prenons également en charge le titre de transport des membres de sa famille assurés ou d'une personne assurée, au titre du présent contrat et accompagnant l'Adhérent.

Exclusions spécifiques aux assistances aux personnes

En aucun cas, nous ne pouvons nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les exclusions figurant au chapitre 7 « Exclusions générales pour toutes les garanties de Santé, d'Assistance et de Responsabilité civile », nous ne garantissons pas : les convalescences et les affections (maladie, Accident) en cours de traitement non encore consolidées à la date de début de voyage, les Maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une Hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance, les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement, les états de grossesse sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 32e semaine de grossesse, les états résultant de l'absorption d'alcool, de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, les conséquences des tentatives de suicide.

Les obligations de l'Adhérent en cas de sinistre

Pour toute demande d'assistance, l'Adhérent doit nous contacter, 24 heures sur 24 :

- par téléphone de France : 01.55.98.57.77 ou 01.45.16.77.18 de l'étranger : 33.1.55.98.57.77 ou 33.1.45.16.77.18
- par télécopie de France : 01.45.16.63.92 ou 01.45.16.63.94 de l'étranger : 33.1.45.16.63.92 ou 33.1.45.16.63.94
- par e-mail : medical@mutuaide.fr

et obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense y compris les frais médicaux.

Lorsque nous avons organisé le transport ou le rapatriement de l'Adhérent, l'Adhérent doit nous restituer les titres de transport initiaux, ceux-ci devenant la propriété d'Allianz IARD.

Limites applicables en cas de force majeure

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations d'Assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivant :

Guerres Civiles ou Etrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, Actes de Terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, Grèves, explosions, Catastrophes Naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

6/ Responsabilité civile (si option souscrite)

Cette garantie Responsabilité civile n'intervient qu'à défaut ou en complément de tout contrat Responsabilité civile déjà existant souscrit par l'Adhérent auprès de toute autre compagnie.

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'Adhérent peut encourir au titre, d'une part, des *Dommages Corporels et/ou Matériels* et, d'autre part, des *Dommages Immatériels* qui leur sont *Consécutifs*, causés accidentellement à toute personne autre qu'un membre de sa famille, par son fait ou celui de personnes, choses ou animaux dont il a la garde, ceci à concurrence du montant et déduction d'une *Franchise* indiqués au tableau des montants de garantie.

Exclusions spécifiques à la garantie Responsabilité civile

Outre les exclusions figurant au chapitre 7 « Exclusions générales pour toutes les garanties de Santé, d'Assistance et de Responsabilité civile », notre garantie ne s'applique pas :

- aux dommages que l'Adhérent causés ou provoqués intentionnellement,
- aux dommages résultant de toute activité professionnelle,
- aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et appareils de la navigation aérienne,
- aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels atteignant l'Adhérent personnellement ainsi que les membres de sa famille,
- aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,
- aux dommages que l'Adhérent a causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,
- aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse.

Les limites de notre garantie

Transaction – Reconnaissance de responsabilité

L'Adhérent ne doit accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord préalable et écrit.

Toutefois, la simple reconnaissance de la matérialité de certains faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

L'Adhérent doit nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager sa responsabilité civile ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, l'Adhérent encourt la Déchéance de sa garantie.

Procédure

En cas d'action judiciaire dirigée contre l'Adhérent, nous assurons sa défense et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat.

Toutefois, l'Adhérent peut s'associer à notre action dès lors qu'il peut justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.

Le simple fait de pourvoir à titre conservatoire à sa défense ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de garantie et n'implique nullement que nous acceptons de prendre en charge les conséquences dommageables d'événements qui ne seraient pas expressément garantis par le présent contrat.

Même si l'Adhérent manque à ses obligations après sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles il est responsable. Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre l'Adhérent une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en provision à sa place.

Recours

En ce qui concerne les voies de recours :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous en avons le libre exercice dans le cadre des garanties du présent contrat,
- devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec l'accord de l'Adhérent,
- si le litige pendant devant une juridiction pénale ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner son accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de réclamer à l'Adhérent une indemnité égale au préjudice qui en aura résulté pour nous.

Frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement. Toutefois, si l'Adhérent est condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion de sa part respective dans la condamnation.

7/ Exclusions générales pour toutes les garanties de Santé, d'Assistance et de Responsabilité Civile

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- une *Maladie* ou un *Accident* qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- une procédure pénale dont l'Adhérent fait l'objet,
- les conséquences d'une *Guerre Civile* ou non, d'une insurrection, d'un *Attentat* ou d'un mouvement populaire, d'une émeute ou d'une *Grève*, sauf si l'Adhérent ne prend pas une part active à l'événement,
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant de rayonnement ionisant,
- les activités assurées lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable,
- les activités assurées lorsqu'elles sont soumises à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette disposition ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanctions restrictives, embargo total ou partiel ou prohibition.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à l'Adhérent.

Exclusions générales spécifiques aux garanties d'Assistance et de Responsabilité Civile

Nous ne pouvons intervenir lorsque les demandes de garanties ou de prestations sont la conséquence de dommages résultant de :

- les épidémies, les *Catastrophes Naturelles* et la *Pollution*,
- l'alcoolisme, l'ivresse, l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants non prescrits médicalement,
- tout acte intentionnel pouvant entraîner la garantie du contrat,
- duels, paris, crimes, rixes (sauf légitime défense),
- la pratique des sports suivants : bobsleigh, skeleton, alpinisme, luge de compétition, sports aériens à l'exception du parachute ascensionnel ainsi que ceux résultant d'une participation ou entraînement à des matchs ou compétitions officiels, organisés par une fédération sportive,
- l'absence d'aléa.

8/ Prescription

PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après:

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

9/ Recours

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Assuré contre les *Tiers* responsables du sinistre.

Dans le cas où la *Subrogation* ne pourrait plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer la *Subrogation*.

10/ Base du contrat d'assurance

FACULTE DE RENONCIATION

En cas d'adhésion à distance de votre contrat :

La vente de votre contrat d'assurance par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent :

- qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps ;
- qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé :

- de l'existence du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions visé à l'article L. 422-1 du Code des assurances,
- de l'existence du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral visé à l'article L 426-1 du Code des assurances,
- de l'existence de L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L 1142-22 du Code de la Santé publique ;
- que vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception des « Dispositions Particulières » et des « Dispositions Générales » si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
- que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur les « Dispositions Particulières ». L'adhérent, qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et qui use de son droit de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ; en outre, la contribution Attentats au titre du Fonds de garanties des victimes des actes de terrorisme reste due.

L'adhérent, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'....., conformément à l'article L 112-2-1 du Codes des Assurances . J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

LUTTE ANTI BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs, y compris sur l'acquisition de biens assurés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

TRIBUNAUX COMPETENTS / LOI APPLICABLE

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

Toutefois si vous êtes domicilié dans la Principauté de Monaco, les tribunaux monégasques seront compétents en cas de litige entre vous et nous.

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.

11/ Médiation

QUELLES SONT LES MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS ?

Vos interlocuteurs habituels sont en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour ACS :

**ACS, Service réclamations,
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France
Courriel : contact@acs-ami.com**

Il sera accusé réception de la réclamation dans les 10 jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si le désaccord persiste, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour AWP Health & Life :

**AWP Health & Life S.A. - Relations Clients,
Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar,
93400 Saint Ouen, France
Courriel : client.care@allianzworldwidecare.com**

Pour Allianz IARD :

Allianz – Relations Clients
Case Courrier S1803
1, cours Michelet – CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex, France
Courriel : clients@allianz.fr

Allianz adhère à la charte de la médiation de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif avec l'un des assureurs, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : LMA – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09 France, www.mediation-assurance.org, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCES

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout -75436 Paris Cedex 09, France.

INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR SUR LES DISPOSITIONS DE LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS – CNIL

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de la présente demande et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par des prestataires dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de votre part, vos données pourront aussi être utilisées dans un but de prospection pour les produits d'assurances que nous distribuons. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant une demande écrite à votre courtier.

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur, c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Pour toute question sur ce contrat, l'Adhérent doit contacter :

ACS
153, rue de l'Université - 75007 Paris – France
Tél. 00 33 (0) 1 40 47 91 00
Fax. 00 33 (0) 1 40 47 61 90
e-mail : contact@acs-ami.com

Pour la prise en charge des garanties, pour les demandes de remboursement, l'Adhérent doit contacter :

M.A.I.
37, rue Anatole France – 92300 Levallois-Perret - France
Tél. 00 33 (0) 1 84 79 08 80
Fax. 00 33 (0) 1 77 68 01 68
e-mail : acs@medical-administrators.com

hospi@medical-administrators.com

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise ou d'autres versions de la présente notice, la version française prévaudra.

12/ Tableaux des garanties

Garanties « Assistance et Responsabilité Civile », si options souscrites

Les garanties	Montants
Assistance Rapatriement	
<ul style="list-style-type: none"> • Rapatriement ou transport sanitaire • Transport du corps en cas de décès: <ul style="list-style-type: none"> - Rapatriement du corps - Frais funéraires nécessaires au transport - Rapatriement des autres membres de la famille • Retour de l'Adhérent dans le pays d'expatriation après consolidation 	<p>Frais réels</p> <p>Frais réels 1 500 euros Titre de transport (aller simple)</p> <p>Titre de transport (aller simple)</p>
Responsabilité Civile	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dommages Corporels Matériels</i> et immatériels confondus • <i>Dommages Matériels</i> et immatériels seuls 	<p>4 500 000 euros</p> <p>150 000 euros</p>
- Franchise par dossier	150 euros

Garanties « Santé en complément de la CFE »

Limite maximale par bénéficiaire pour 12 mois d'adhésion	100 000 €
HOSPITALISATION (Accord Préalable)	
Hospitalisation médicale	100% des frais réels(*)
Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels(*)
Frais annexes à l'Hospitalisation	100% des frais réels(*)
Chambre particulière standard	100% des frais réels - max. 100 euros / jour limités à 30 jours par année civile
Greffe d'organe	100% des frais réels(*)
Psychiatrie	100% des frais réels(*)- limités à 3 000 euros / an
Lit d'accompagnant pour Hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels - limités à 50 euros / jour
Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels(*)
Consultations « obligatoires » préopératoires (chirurgien et anesthésiste)	100% des frais réels(*)
Soins ambulatoires suivant une Hospitalisation (90 jours suivant l'Hospitalisation)	100% des frais réels(*)
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels(*) - limités à 2 000 euros / an
Traitement du cancer	100% des frais réels(*)
Rééducation immédiatement suite à une Hospitalisation	100% des frais réels(*) - limités à 2 000 euros / an
Transport local d'Urgence par ambulance	100% des frais réels(*)
Chirurgie réparatrice dentaire d'Urgence suite à un Accident	100% des frais réels(*)
En dehors de la zone de couverture (déplacement de sept semaines maximum) : Hospitalisation suite à une urgence	100% des frais réels(*)
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Honoraires des généralistes et spécialistes	90% des frais réels - limités à 100 euros par consultation
Analyses, radiologie, scanners,	90% des frais réels
IRM (accord préalable)	90% des frais réels
Médicaments et vaccins prescrits	90% des frais réels
Auxiliaires Médicaux prescrits	90% des frais réels jusqu'à 80 euros par acte
Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur (accord préalable)	90% des frais réels - limités à 50 euros par séance et 1 000 euros / an
Orthophonie et orthoptie prescrites (accord préalable)	90% des frais réels - limités à 50 euros par séance et 1000 euros / an
Prothèses Médicales prescrites (accord préalable)	90% des frais réels - limités à 1 000 euros / an
Cures Thermales en France - (accord préalable)	25 euros / jour - maximum 20 jours
OPTIQUE	
Verres, monture et lentilles prescrites	90% des frais réels - limités à 150 euros / an
DENTAIRE	
Limite maximale par bénéficiaire pour 12 mois d'adhésion	1 000 euros
Soins dentaires	90% des frais réels
Prothèses Dentaires, y compris inlays, onlays, prise en charge par la CFE (accord préalable)	90% des frais réels - limités à 300 euros / dent

(*) dans la limite de 200% du Barème de remboursement de la Sécurité Sociale Française / CFE