

# L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

## 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 « Santé Complémentaire CFE » souscrites par L'Association auprès d'Allianz Vie sous le contrat numéro 078718/511 et d'Allianz IARD 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.....	3
3/ Garanties et prestations Santé.....	5
4/ Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux.....	6
5/ Garanties d'Assistance (si option souscrite) .....	7
6/ Responsabilité civile (si option souscrite).....	9
7/ Exclusions générales pour toutes les garanties de Santé, d'Assistance et de Responsabilité Civile.....	10
8/ Prescription .....	10
9/ Recours.....	11
10/ Base du contrat d'assurance .....	11
11/ Médiation .....	11
12/ Tableaux des garanties .....	12

## 1/ Généralités

### Admissibilité – affiliation

Sont admissibles les adhérents de l'Association pour la Mobilité Internationale de moins de 65 ans, résidant en dehors de leur pays d'origine et assurés auprès de la Caisse des Français de l'Étranger pour les risques « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle ».

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, aux frais de l'Assureur peut-être demandé.

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

L'Assuré s'engage pour lui-même ou ses enfants mineurs admissibles à être affilié, à compter de l'acceptation par l'Assureur, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. L'adhésion 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. Les Adhérents, ainsi que leurs ayant droits le cas échéant, prennent la qualité d'« Assuré » une fois admis à l'assurance.

### Choix des formules

Le choix de la formule est effectué par l'Assuré lors de l'adhésion. Il ne peut être modifié qu'au moment du renouvellement de l'adhésion.

L'Assuré a le choix entre les formules suivantes : Confort, Excellence et Excellence Plus pour les solutions groupées, et Module 1 et Module 2 pour les solutions à la carte.

Pour les formules : Module 1 et Module 2, l'assuré a la possibilité de souscrire une *Franchise* annuelle de 150 € ou de 300 €.

### Effet des garanties

La prise en charge des frais par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des bénéficiaires admis à l'assurance **après examen et acceptation du questionnaire médical pour tous les frais** sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation, à l'exception des frais suivants, après le délai d'attente fixé ci-après et commençant à courir dès la date d'acceptation par l'Assureur figurant sur le formulaire d'adhésion :

- **Prothèses Dentaires : 6 mois.**
- **Optique : 6 mois.**
- **Cure Thermale : 6 mois.**

**Toutefois, les délais d'attente sont levés si l'assuré 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'Assuré 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'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de renonciation, le droit de renonciation n'est plus applicable.

### 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'Assuré 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 Assuré :**

- en cas de non paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des Assurances,
- le dernier jour de sa période d'adhésion,
- à la fin du trimestre civil suivant la date à laquelle il cesse d'appartenir à l'Association pour la Mobilité Internationale (AMI).
- au 31 décembre de l'année de son 70<sup>ème</sup> anniversaire.

#### **Pour la totalité des Assurés :**

- en cas de résiliation du présent contrat.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément pour l'Assuré 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.

## 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'Assuré, 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.

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

**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.

**Domicile** : on entend par domicile votre lieu de résidence principale et habituelle dans votre pays d'origine.

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

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

**Dommages 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 *Dommages Corporels ou Matériels* garantis.

**Frais d'accouchement** : frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication (incluant la césarienne), ainsi que la chambre particulière, seront prise en charge par la garantie « hospitalisation ».

**Franchise** : Partie de l'indemnité restant à votre charge.

**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'assuré 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'assuré a fait l'objet d'une *Admission Explicite à l'Hôpital*, en cas :
- d'*Interventions Chirurgicales*, 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.

**Prothèse dentaire :** soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

**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.

**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'Assuré 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.

**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 ».



### 3/ Garanties et prestations Santé

#### Zone de couverture

**Les frais médicaux sont remboursables dans la zone d'expatriation retenue par l'Assuré, tel qu'indiqué au formulaire d'adhésion.**

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 – Maternité

**Seules sont prises en charge les prestations correspondant aux garanties souscrites. La liste de ces garanties qui apparaît sur le tableau joint à la suite de la présente notice, varie en fonction de la formule choisie.**

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, exception faite des lentilles prescrites.**

**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 et habituel.**

**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.

Pour les Modules 1 et 2, les remboursements interviennent après déduction de la *Franchise* si celle-ci a été souscrite par l'Assuré.

**Par frais réels, il faut entendre les frais habituels et raisonnables 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'Assuré 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'Assuré 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 de souscription.

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'Assuré 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 lentilles prescrites.

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 frais annexes ou de confort en cas d'*Hospitalisation* (téléphone, télévision...),
- les traitements liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme,
- 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 vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale,
- 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*),
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et de traitement,
- 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 shampooings, ...

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

### Déclaration

En cas d'*Hospitalisation* l'Assuré peut obtenir une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds en nous appelant au +33 (0) 1 77 68 01 60 (ou par fax au +33 (0) 1 77 68 01 68 ou par e-mail : [hospi@medical-administrators.com](mailto:hospi@medical-administrators.com)).

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

MAI- 37, rue Anatole France – 92300 Levallois-Perret – France – Téléphone : 00 33 (0)1 77 68 01 60/  
Email : [Contact@medical-administrators.com](mailto:Contact@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.

En cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

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

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

**Les frais suivants sont soumis à autorisation préalable de l'Assureur : toute *Hospitalisation*, les *Frais d'Accouchement*, les frais de rapatriement.**

**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 votre médecin.**

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

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Assuré 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'Assuré 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'Assuré 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 option souscrite)**

Si vous vous trouvez 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'Assuré 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 à votre rapatriement ou transport sanitaire, nous organisons et prenons en charge les frais supplémentaires de transport des membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat vous accompagnant 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'Assuré.

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 votre famille assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat vous accompagnant 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'Assuré après consolidation

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

### Retour prématuré

Si l'assuré doit interrompre prématurément son séjour dans le cas prévu ci-dessous, nous prenons en charge ses frais supplémentaires de transport et ceux des membres de sa famille\* assurés ou d'une personne assurée au titre du présent contrat l'accompagnant, si les titres de transport prévus pour son retour à son *Domicile* et le leur ne peuvent être utilisés du fait de cet événement.

Nous intervenons en cas de maladie grave, *Accident* grave entraînant une *Hospitalisation* de plus de 10 jours ou décès d'un membre de la famille de l'assuré.

Nous prenons également en charge les frais de retour, pour les personnes transportées dans les conditions prévues ci avant, vers le lieu de séjour.

\***Par membre de la famille**, on entend le conjoint de droit ou de fait, un enfant, un frère ou une sœur, le père, la mère, les grands-parents et les petits-enfants.

### 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 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 32<sup>e</sup> 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.**

### Vos obligations en cas de sinistre

Pour toute demande d'assistance, vous devez nous contacter, 24 heures sur 24 :

- par téléphone de France : 01.45.16.43.81 ou 01.45.16.77.18 / de l'étranger : 33.1.45.16.43.81 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 : [assistance@mutuaide.fr](mailto:assistance@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 votre transport ou votre rapatriement, vous devez 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 étrangères, 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'Assuré auprès de toute autre compagnie.**

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que vous pouvez 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 assuré ou un membre de votre famille, par votre fait ou celui de personnes, choses ou animaux dont vous avez la garde, ceci à concurrence du montant et déduction d'une *Franchise* indiquée 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 vous avez causés ou provoqués intentionnellement,**
- **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 dommages résultant de toute activité professionnelle,**
- **aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement ainsi que les membres de votre famille ou de toute autre personne ayant la qualité d'Assuré au titre du présent contrat,**
- **aux Dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de *Dommages accidentels, Matériels et/ou Corporels* garantis,**
- **aux dommages que vous avez 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

**Vous ne devez 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.

**Vous devez nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager votre responsabilité civile ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous encourez la déchéance de votre garantie.**

### Procédure

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

Toutefois, vous pouvez vous associer à notre action dès lors que vous pouvez justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.

**Le simple fait de pourvoir à titre conservatoire à votre 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 vous manquez à vos obligations après sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles vous êtes responsable. Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en provision à votre 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 votre accord,
- si le litige pendant devant une juridiction pénale ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner votre accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de vous réclamer 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 autre frais de règlement. Toutefois, si vous êtes 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'Assuré fait l'objet
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'un attentat ou d'un mouvement populaire,
- émeute ou d'une grève, sauf si l'Assuré 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.

**L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours au Souscripteur.**

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

**Nous ne pouvons intervenir lorsque vos 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

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ces Contrats sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

## 9/ Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

## 10/ Base du contrat d'assurance

Ce contrat est régi par le Code des assurances. La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires de la *Sécurité Sociale* en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance.

## 11/ Médiation

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 :

Pour ACS :

**ACS, Service réclamations,  
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France**

Pour Allianz :

**Allianz Vie - DIES - Service Relations Clientèle  
Tour Neptune – 20 place de Seine 92086 La Défense Cedex, France**

Pour Allianz IARD :

**Service des relations avec les consommateurs  
Allianz IARD  
Immeuble Elysées La Défense  
7, place du Dôme TSA 21017  
92099 La Défense Cedex, France**

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'un des assureurs relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au Médiateur dont l'assureur concerné lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'autorité de tutelle des assureurs est l'**Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)** 61, rue Taitbout-75436 Paris Cedex 09, France.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française.

### **CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés)**

Les données nominatives sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du contrat et de ses garanties. Elles sont destinées au courtier, à l'assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales et réglementaires.

Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par mail à [relationsconsommateurs@allianz.fr](mailto:relationsconsommateurs@allianz.fr) ou par courrier à Allianz IARD - Service des relations avec les consommateurs – Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme – TSA 21017 – 92099 La Défense Cedex, FRANCE - e-mail : [relationsconsommateurs@allianz.fr](mailto:relationsconsommateurs@allianz.fr)

Pour toute question sur ce contrat, vous devez 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](mailto:contact@acs-ami.com)**

Pour la prise en charge de vos garanties, pour vos demandes de remboursement, vous devez contacter :

**M.A.I.**  
**37, rue Anatole France – 92300 Levallois-Perret - France**  
**Tél. 00 33 (0) 1 77 68 01 60**  
**Fax. 00 33 (0) 1 77 68 01 68**  
**e-mail : [Contact@medical-administrators.com](mailto:Contact@medical-administrators.com)**

## 12/ Tableaux des garanties

### Garanties « Assistance et Responsabilité Civile », si options souscrites

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

**Garanties « Santé » - Solutions groupées**

Niveau de couverture	Confort	Excellence	Excellence Plus
<b>HOSPITALISATION (Accord Préalable)</b>			
Limite maximale par bénéficiaire par année civile	<b>250 000 euros</b>	<b>500 000 euros</b>	<b>500 000 euros</b>
Hospitalisation médicale	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais annexes à l'Hospitalisation	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels max. 50 euros / jour	100% des frais réels max. 100 euros / jour	100% des frais réels max. 150 euros / jour
Greffe d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Psychiatrie	100% des frais réels limités à 1 500 euros / an	100% des frais réels limités à 3 000 euros / an	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 25 euros / jour	100% des frais réels limités à 50 euros / jour	100% des frais réels limités à 60 euros / jour
Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Consultations « obligatoires » préopératoires (chirurgien et anesthésiste)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Soins ambulatoires suivant une Hospitalisation	100% des frais réels limités à 1 000 euros	100% des frais réels limités à 1 000 euros	100% des frais réels
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels limités à 1 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 500 euros / an
Rééducation immédiatement suite à une Hospitalisation	100% des frais réels limités à 1 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 500 euros / an
Transport local d'Urgence par ambulance	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chirurgie réparatrice dentaire d'Urgence suite à un Accident	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement d'Urgence dans le monde entier (déplacement de moins de sept semaines maximum)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>			
Honoraires des généralistes et spécialistes	80% des frais réels limités à 50 euros par consultation	90% des frais réels limités à 100 euros par consultation	100% des frais réels limités à 120 euros par consultation
Analyses, radiologie, scanners,	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
IRM (accord préalable)	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
Médicaments et vaccins prescrits	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
Auxiliaires Médicaux prescrits	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur (accord préalable)	80% des frais réels limités à 50 euros par séance et 500 euros / an	90% des frais réels limités à 50 euros par séance et 1 000 euros / an	100% des frais réels limités à 60 euros par séance et 1 200 euros / an
Orthophonie et orthoptie prescrites (accord préalable)	80% des frais réels limités à 50 euros par séance et 500 euros / an	90% des frais réels limités à 50 euros par séance et 1 000 euros / an	100% des frais réels limités à 60 euros par séance et 1 200 euros / an
Prothèses Médicales prescrites (accord préalable)	80% des frais réels limités à 1 000 euros / an	90% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 500 euros / an
Cures Thermales en France (accord préalable)	Non garanti	25 euros / jour maximum 20 jours	25 euros / jour maximum 20 jours
<b>OPTIQUE</b>			
Verres, monture et lentilles prescrites	80% des frais réels limités à 150 euros / an	90% des frais réels limités à 300 euros / an	100% des frais réels limités à 450 euros / an
<b>DENTAIRE</b>			
Limite maximale par bénéficiaire par année civile	1 000 euros	2 000 euros	2 500 euros
Soins dentaires	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels limités à 1 000 euros
Orthodontie (enfant moins de 16 ans et accord préalable)	Non garanti	90% des frais réels limités à 500 euros / an	100% des frais réels limités à 600 euros / an
Prothèses Dentaires, y compris inlays, onlays, implants (accord préalable)	80% des frais réels limités à 150 euros / dent	90% des frais réels limités à 300 euros / dent	100% des frais réels limités à 500 euros / dent
<b>MATERNITE (Accord Préalable)</b>			
Frais d'Accouchement	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 4 000 euros / an	100% des frais réels limités à 5 000 euros / an
<b>BILAN DE SANTE</b>			
Bilan complet de santé	Non garanti	100% des frais réels limités à 300 euros (1 tous les 3 ans)	100% des frais réels limités à 300 euros (1 tous les 3 ans)

## Garanties « Santé » - Solutions à la carte

Niveau de couverture	Module 1	Module 2
<b>HOSPITALISATION (Accord Préalable)</b>		
Limite maximale par bénéficiaire par année civile	<b>500 000 euros</b>	<b>500 000 euros</b>
<i>Hospitalisation</i> médicale	100% des frais réels	100% des frais réels
<i>Hospitalisation</i> chirurgicale	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais annexes à l' <i>Hospitalisation</i>	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels max. 100 euros / jour	100% des frais réels max. 100 euros / jour
Greffe d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels
Psychiatrie	100% des frais réels limités à 3 000 euros / an	100% des frais réels limités à 3 000 euros / an
Lit d'accompagnant pour <i>Hospitalisation</i> d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels limités à 50 euros / jour	100% des frais réels limités à 50 euros / jour
Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels	100% des frais réels
Consultations « obligatoires » préopératoires (chirurgien et anesthésiste)	100% des frais réels	100% des frais réels
Soins ambulatoires suivant <i>Hospitalisation</i> (90 jours suivant l' <i>Hospitalisation</i> )	100% des frais réels limités à 1 000 euros	100% des frais réels limités à 1 000 euros
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an
Rééducation immédiatement suite à une <i>Hospitalisation</i>	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an	100% des frais réels limités à 2 000 euros / an
Transport local d' <i>Urgence</i> par ambulance	100% des frais réels	100% des frais réels
Chirurgie réparatrice dentaire d' <i>Urgence</i> suite à un <i>Accident</i>	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement d' <i>Urgence</i> dans le monde entier (déplacement de moins de sept semaines maximum)	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>		
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
<i>Auxiliaires Médicaux</i> prescrits		90% des frais réels
Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur (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
<i>Prothèses Médicales</i> prescrites (accord préalable)		90% des frais réels limités à 2 000 euros / an
<i>Cures Thermales</i> en France (accord préalable)		25 euros / jour maximum 20 jours
<b>OPTIQUE</b>		
Verres, monture et lentilles prescrites		90% des frais réels limités à 300 euros / an
<b>DENTAIRE</b>		
Limite maximale par bénéficiaire par année civile		
Soins dentaires		
Orthodontie		
<i>Prothèses Dentaires</i> , y compris inlays, onlays, implants		Non garanti
<b>MATERNITE</b>		
<i>Frais d'Accouchement</i>		
<b>BILAN DE SANTE</b>		
Bilan complet de santé		

Non garanti