

ASSOCIATION DE PREVOYANCE INTERNATIONALE

Régime Santé 1^{er} Euro

Notice d'information

En qualité de personnes adhérentes de l'Association de Prévoyance Internationale, vous bénéficiez des garanties «santé » souscrites par APREVI auprès d'Allianz Vie sous le N° **080269/501**.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du **1^{er} avril 2010** sont définis dans la présente notice.

GENERALITES

AFFILIATION

Sont admissibles facultativement les adhérents de toute nationalité de l'**Association de Prévoyance Internationale (APREVI)**, âgés de 18 à 70 ans et vivant dans un pays qui n'est pas leur pays d'origine.

Sont également admissibles les enfants de moins de 20 ans de l'Adhérent, à condition qu'ils vivent avec ce dernier dans le même foyer et le conjoint quel que soit son pays d'origine ou le concubin s'il n'est pas ressortissant du pays d'expatriation.

Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation, remplir et signer le formulaire d'Affiliation incluant un questionnaire médical validé par le Médecin Conseil de l'Assureur. Un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut-être demandé pour les moins de 60 ans. **Les personnes de plus de 60 ans doivent obligatoirement produire à leur frais un examen médical dont les modalités sont précisées par l'Assureur.**

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner ses conditions d'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire. A l'issue de cette sélection médicale, il se réserve le droit de refuser les garanties, d'en diminuer l'étendue et le montant et/ou de majorer la cotisation. Dans ce cas l'accord de l'adhérent est demandé avant l'entrée en vigueur du contrat.

Les Adhérents, ainsi que leurs ayant droits le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'assurance.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le bénéficiaire une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personne visée au premier paragraphe du présent article, sous réserve des dispositions de l'article L 141-3 du Code des Assurances.

EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant réception et acceptation par l'Assureur de la Demande Individuelle d'Affiliation.

L'affiliation, une fois acceptée par l'Assureur, donne lieu à l'émission d'un certificat d'affiliation sur lequel sont précisés :

- les coordonnées de l'affilié
- le nom et l'âge de l'affilié
- la date d'effet de l'affiliation
- la formule choisie avec la cotisation correspondante en fonction de l'âge

La prise en charge des frais par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des bénéficiaires admis à l'assurance **après un délai d'attente de 3 mois à compter de la date d'affiliation, sauf en ce qui concerne les frais consécutifs à un accident qui sont remboursables immédiatement.**

D'autre part et dans tous les cas, les délais de carence suivants commencent à courir à compter de la date d'affiliation :

- **Optique, prothèses médicales, prothèses dentaires et orthodontie : 6 mois**
- **Psychiatrie : 12 mois**
- **Frais d'accouchement et Complications de grossesse et à l'accouchement : 3 mois**

Si l'assuré peut justifier d'une couverture équivalente en vigueur moins de un mois avant la date d'affiliation en produisant un certificat de radiation mentionnant le niveau des prestations et la date de résiliation, les délais de carence sont abrogés y compris les frais d'accouchement et les complications de grossesse et à l'accouchement.

DUREE DES GARANTIES

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 1^{er} 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.

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 :

- le dernier jour de sa période d'adhésion
- en cas de non-paiement des cotisations
- à la fin du trimestre civil suivant la date à laquelle il cesse d'appartenir à **l'Association de Prévoyance Internationale (APREVI)**
- au 31 décembre de l'année de ses 70 ans

Pour la totalité des Assurés:

- en cas de résiliation du présent contrat avec **l'Association de Prévoyance Internationale (APREVI)**

En cas de retour définitif dans le pays d'origine, les garanties sont maintenues pour l'Assuré et ses ayant droits moyennant paiement de la prime et pour une durée maximale de 3 mois.

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.

GARANTIES ET PRESTATIONS

CHOIX DES FORMULES

Le choix de la formule (Basic, Hospi TTC, Essentiel, Essentiel Pack 1, Essentiel Pack 2, Essentiel Pack 3, Confort ou Confort Plus) est effectué par l'Adhérent lors de l'affiliation. Il peut être modifié ultérieurement par celui-ci, la date d'effet du changement de formule étant reportée au 1^{er} janvier suivant.

Le retour à un régime inférieur à celui choisi précédemment est irrévocable.

Il est entendu et convenu qu'en ce qui concerne les adhésions groupées (Adhérents et enfants mineurs), le choix du régime doit être identique pour chaque bénéficiaire.

ZONE D'EXPATRIATION ET DE COUVERTURE

Les frais médicaux sont remboursables uniquement dans la zone retenue par l'Adhérent et dans le pays d'origine de l'assuré lors de séjours temporaires de moins de 3 mois par an.

Zone A : Monde entier sauf USA

ou

Zone B : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Israël et Japon

Toutefois, lors d'un séjour d'une durée de moins de 6 semaines à l'extérieur de la zone retenue, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence tel que ces termes sont définis ci-dessous. Dans les autres cas, les frais peuvent être remboursables après accord exprès de l'assureur.

MODALITES DE TARIFICATION

Le tarif de la garantie « santé » est calculé pour chaque adhérent assuré en fonction de l'âge, de la formule choisie et de la zone de couverture. L'âge pris en compte est celui atteint au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion. Il sera révisé au renouvellement de l'adhésion en fonction des changements de tranches d'âge tels que définis dans la grille tarifaire.

Les adhérents ayant choisi les formules Hospi TTC, Essentiel, Essentiel Pack 1, Essentiel Pack 2, Essentiel Pack 3, Confort et Confort Plus peuvent bénéficier des réductions suivantes pour leur enfants :

- **de 50%** au titre de la cotisation de leur **3^{ème} enfant** (le 1^{er} enfant étant le plus âgé, ensuite le 2^{ème} enfant bénéficiant eux aussi de la même formule), **et gratuitement** à compter **du 4^{ème} enfant**

L'enfant nouveau-né est automatiquement couvert dès la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. Le maintien de cette couverture est ensuite soumis à adhésion et paiement de la prime

Indexation :

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques «débours des ménages», «Mutuelles et Assurances privées»). Les cotisations sont également révisables chaque 1^{er} janvier par l'Assureur en fonction des résultats techniques du contrat.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance en France uniquement dans la devise du contrat choisie à la souscription soit l'euro. En cas de réception des cotisations dans une autre devise, l'Assureur se réserve le droit de retourner les fonds.

En fonction du fractionnement choisi, l'assuré s'engage à régler son échéance au plus tard dans les 15 jours qui suivent la réception de la facture. A défaut une lettre recommandée avec accusé de réception est envoyée. A l'expiration d'un délai 30 jours, les garanties ne sont plus acquises. Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de 10 jours sans autre avis de l'Assureur.

Toute demande de prestations intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

GARANTIE MALADIE – CHIRURGIE - MATERNITE

La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Adhérent remplissant les conditions d'admission au régime.

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 : les montants facturés doivent être conformes aux standards, correspondre généralement aux procédures médicales internationales et être appropriés dans le pays où le soin est donné. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

Le coût "RAISONNABLE et HABITUEL", défini par l'Assureur est le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de niveau professionnel identique.

PRESTATIONS EN CAS D'ASSISTANCE - RAPATRIEMENT SANITAIRE

La garantie Assistance Rapatriement est optionnelle pour toutes les formules sauf en Basic/Urgence où la garantie est incluse d'office dans le tarif. Celui-ci est calculé indépendamment de l'âge, de la zone et de la formule soit en isolé soit en famille. Voir le détail des garanties dans l'annexe ci-dessous

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités ci-dessous.

Les remboursements sont effectués à concurrence des maxima ci-dessous indiqués et dans la limite des frais réels.

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.

Si le conjoint est salarié, les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout régime de Prévoyance dont il pourrait bénéficier personnellement.

Niveau de couverture	BASIC/URGENCE	PACK HOSPI TTC	ESSENTIEL	ESSENTIEL PACK 1	ESSENTIEL PACK 2	ESSENTIEL PACK 3	CONFORT	CONFORT PLUS2
Plafond annuel de dépenses par bénéficiaire	150 000 EUR	200 000 EUR	200 000 EUR	200 000 EUR	200 000 EUR	200 000 EUR	250 000 EUR	500 000 EUR
HOSPITALISATION (accord préalable)								
Hospitalisation médicale	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Hospitalisation chirurgicale	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Frais annexes	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Fécondation in vitro	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100% frais réels maxi 500 EUR par tentative, 3 tentatives maxi par adhésion
Greffe d'organes	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Lit d'accompagnement pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 25 EUR/jour	100% frais réels limités à 50 EUR/jour	100% frais réels limités à 50 EUR/jour
Chambre particulière	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 77 EUR/jour	100% frais réels max 100 EUR/jour
Frais de transport en ambulance	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Hospitalisation psychiatrique	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR	100% frais réels max 5000 EUR
Traitement d'urgence (une visite et frais pharmaceutiques)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Soins de rééducation physique	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
FRAIS MEDICAUX COURANTS								
Honoraires généralistes ou spécialistes	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Analyses, radiographies, scanners	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
IRM (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Chirurgie ambulatoire de jour	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Médicaments	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Auxiliaires médicaux	Non garanti	Non garanti	90% frais réels maxi 2 500 EUR/an	90% frais réels maxi 2 500 EUR/an	90% frais réels maxi 2 500 EUR/an	90% frais réels maxi 2 500 EUR/an	90% frais réels maxi 2 500 EUR/an	100% frais réels maxi 2 500EUR/ 3 000 USD /an
Vaccinations obligatoires	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Prothèses médicales (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, homéopathie, acupuncture (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	90% frais réels maxi 2 500EUR/an	90% frais réels maxi 2 500EUR/an	90% frais réels maxi 2 500 EUR /an	90% frais réels maxi 2 500EUR/ 3 000 USD /an	90% frais réels maxi 2 500 EUR /an	100% frais réels maxi 2 500 EUR /an
OPTIQUE								
Consultations	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Verres, montures et lentilles prescrites une fois par an	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Max 250 EUR par an et par bénéficiaire	Non garanti	Max 250 EUR par an et par bénéficiaire	Max 375 EUR par an et par bénéficiaire	Max 450 EUR par an et par bénéficiaire
Kératotomy radiaire (traitement laser de la myopie)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	600 EUR par oeil
DENTAIRE								
Limite globale annuelle par bénéficiaire					1 500 EUR	1 500 EUR	2 500 EUR	3 500 EUR
Soins dentaires	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90% frais réels	90% frais réels	90% frais réels	100% frais réels
Prothèses dentaires y compris inlays, onlays, implants (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90% frais réels max 350 EUR par dent et 1 050 EUR par an et par bénéficiaire.	90% frais réels max 350 EUR par dent et 1 050 EUR par an et par bénéficiaire.	90% frais réels max 500 EUR par dent et 1 500 EUR par an et par bénéficiaire.	100% frais réels max 600 EUR par dent et 2 400 EUR par an et par bénéficiaire.
Orthodontie	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90% frais réels max 1830 EUR sur 2 ans	100% frais réels max 1830 EUR sur 2 ans
MATERNITE (accord préalable)								
Accouchement naturel	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100% frais réels max 3500 EUR	100% frais réels max 6000 EUR
Accouchement chirurgical	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100% frais réels (cf hospi)	100% frais réels (cf hospi)
Chambre particulière	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100 EUR /jour
GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT (en option)								
	Liée seulement à l'urgence	Toutes causes	Toutes causes	Toutes causes	Toutes causes	Toutes causes	Toutes causes	Toutes causes
Rapatriment ou transport pour raison médicale dans pays d'origine ou de résidence		100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Frais pour accompagnant	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR	100% frais réels max 2000 EUR
Rapatriment de corps	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Frais obsèques	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR	100% frais réels max 610 EUR

Les garanties « BASIC » s'appliquent uniquement cas d'urgence médicale tel que défini par la présente notice. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une hospitalisation intervenant dans les quarante-huit (48) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme condition nécessaire au remboursement.

En cas d'urgence dentaire ou de traitement ambulatoire d'urgence, le traitement doit être administré sous 24 heures. La couverture comprend la première visite du médecin et une seconde visite nécessaire d'un point de vue médical. La couverture comprend également les médicaments prescrits dans le cadre du traitement administré par le médecin urgentiste. En cas de traitement dentaire, la dent soignée doit avoir été saine et naturelle dès l'origine. Les poses de prothèses dentaires suite à accident grave ne sont prises en charge par le présent contrat qu'après accord préalable du médecin de l'Assureur.

Liste des frais de médecine hospitalière (hospitalisation d'au moins 24 heures ou de moins de 24 heures dans le seul cas d'une intervention chirurgicale)

Hospitalisation

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

- frais de séjour
- soins intensifs et soins coronariens
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie – réanimation
- frais éventuels de salle d'opération et de réveil
- transfusions de sang, plasma et délivrance d'oxygène
- greffe d'organe
- honoraires médicaux : consultations, visites (y compris les consultations obligatoires pré opératoires et les traitements post opératoires prescrits en raison de l'hospitalisation)
- actes d'auxiliaires médicaux
- actes de biologie médicale
- radiographies, scanners, radiations ionisantes
- frais pharmaceutiques
- soins de rééducation physique
- traitements psychiatriques et traitements du système nerveux
- frais en maison de convalescence dans la limite de 120 jours commençant dans les 7 jours qui suivent un séjour à l'hôpital de 3 jours au moins suite à accident ou maladie (exclusion faite de l'alcoolisme, les maladies nerveuses et mentales, la sénilité et la toxicomanie).
- Forfait journalier (France)
- Chambre particulière
- Lit accompagnant

Les dépenses personnelles telles que les frais de téléphone et de télévision ne sont pas remboursées.

Frais d'accouchement

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après exposés pendant les huit jours à compter du jour de l'accouchement :

- frais de séjour,
- honoraires médicaux.

L'enfant nouveau-né est automatiquement couvert dès la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. Le maintien de cette couverture est ensuite soumis à adhésion et paiement de la prime.

Seuls ouvrent droit à prestation les frais tels que visés au paragraphe ci-dessus relatifs à un accouchement naturel.

Transport en ambulance

Ouvrent droit à prestation les frais de transport en ambulance à l'intérieur d'un même pays liés à une hospitalisation.

Liste des frais de médecine ambulatoire

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

- frais pharmaceutiques
- consultations, visites
- actes de chirurgie hors hospitalisation de plus de 24 heures
- actes d'auxiliaires médicaux prescrits (à l'exclusion des auxiliaires médicaux membres de la famille de l'assuré et vivant sous son toit)
- soins médicaux à domicile dans la limite de 120 visites par an
- actes prescrits de kinésithérapie, d'ostéopathie, de chiropractie (entente préalable)
- actes prescrits d'homéopathie, d'acupuncture (entente préalable)
- actes de biologie médicale
- radiographies
- actes utilisant des radiations ionisantes
- transfusions de sang, plasma et délivrance d'oxygène
- soins de rééducation physique
- prothèses médicales des membres et des yeux
- vaccinations obligatoires
- appareils orthopédiques, béquilles
- location d'équipements médicaux
- prothèses auditives (entente préalable)

Les traitements psychiatriques et du système nerveux ne sont pas remboursés en médecine ambulatoire.

Autres frais de médecine ambulatoire

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

- Actes dentaires :
 - . soins dentaires (soins chirurgicaux, consultation et radiologie)
 - . prothèses dentaires conjointes : couronnes, dents à tenon, inlays, onlays
 - . prothèses dentaires adjoindes : appareillage mobile
 - . implants dentaires
- Optique médicale :
 - . consultations ophtalmologiques
 - . verres, montures
 - . lentilles cornéennes

ACCEPTATION PREALABLE

Le remboursement :

- des frais d'hospitalisation (en établissement et à domicile),
- de rééducation faisant immédiatement suite à une hospitalisation,
- d'IRM,
- de kinésithérapie au delà de 10 séances,
- de chiropractie,

- d'ostéopathie,
- d'homéopathie,
- d'acupuncture,
- de prothèses médicales et dentaires,
- de prothèses auditives
- de l'orthodontie
- de rapatriement pour raison médicale et de rapatriement de corps

est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu urgence (telle que définie dans le présent contrat). Chaque admission en hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins 3 semaines avant que l'admission ait effectivement lieu et dans les 48 heures pour les hospitalisations suite à une urgence (telle que définie dans le présent contrat).

L'Assureur se réserve le droit de ne pas rembourser les frais n'ayant pas fait l'objet d'une notification préalable quand le contrat l'exige. Si par la suite le traitement s'avère avoir été médicalement nécessaire, l'Assureur ne remboursera que 80% du montant prévu pour les prestations en cas d'hospitalisation et 50% du montant prévu pour les autres prestations.

LIMITATION AUX FRAIS REELS

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 indemnisation 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.

DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : un événement soudain imprévu, extérieur à la victime constituant la cause d'un dommage corporel.

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

Délai de carence : période pendant laquelle l'Assuré n'a pas droit à certaines prestations.

Evacuation médicale : si les examens sanguins requis ou le traitement nécessaire pour lequel l'Assuré est couvert ne pourraient être dispensés sur place, l'Assuré serait évacué dans le centre de soins le plus proche et le plus adapté aux soins à fournir. Ce dernier n'est pas nécessairement situé dans le pays d'origine de l'Assuré. Cette évacuation médicale sera faite par le moyen de transport le plus économique et le plus adéquat à l'état médical de l'Assuré.

Une fois le traitement terminé, l'Assureur prend en charge le coût du billet retour en classe économique pour l'Assuré évacué afin de retourner dans son pays de résidence principale.

A la sortie d'hôpital, s'il s'avère que l'Assuré ne peut supporter une évacuation médicale ou un rapatriement, l'Assureur prendra en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain pendant une durée n'excédant pas 7 jours. Sont exclues suites et les hôtels 4 ou 5 étoiles ainsi que l'hébergement pour un accompagnateur. Lorsqu'un Assuré a été évacué vers le centre médical le plus proche et que le traitement requiert des allers-retours entre ce centre médical et le pays de résidence principale, l'Assureur prendra en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain, à la condition impérative que le coût de l'hôtel soit inférieur à celui des allers-retours entre le pays de résidence principale et le centre médical dans lequel le traitement est suivi. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu.

Frais d'accouchement : frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication, incluant la césarienne si médicalement nécessaire, sera prise en charge par la garantie « hospitalisation ».

Frais pharmaceutiques : fait référence aux produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

Franchise : frais à la charge de l'Assuré dont le montant doit être déduit de la somme remboursable.

Hôpital : il s'agit de tout établissement possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

Hospitalisation : séjour médical ou chirurgical d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou une maladie. Sont pris en charge : les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais médicaux et paramédicaux annexes liés à l'hospitalisation, le transport du malade

Greffe d'organe : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.

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.

Médicalement nécessaire : correspond aux services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- a) être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
- b) être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
- c) être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale.
- d) être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin.
- e) avoir un effet médical prouvé et démontré.
- f) être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
- g) être donnés avec un équipement, en quantité et en qualité appropriés au niveau de soin requis par l'état du patient.
- h) être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

Dans cette définition, le terme "approprié" prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, "médicalement nécessaire" signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en consultation externe.

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

Prothèses médicales prescrites : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil d'orthopédie, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique, à l'exclusion des semelles et chaussures orthopédiques.

Rapatriement de corps : transport du corps du défunt du pays de résidence principale vers le pays d'origine. Les frais liés à l'incinération ne seront couverts que si des dispositions légales y obligent. Les frais d'accompagnement d'autres personnes ne sont pas couverts.

Rééducation : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de 30 jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

Soins à domicile : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'Etat au domicile de l'Assuré et conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à ou pour remplacer une hospitalisation ou des soins ambulatoires.

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies, infections ou blessures.

Transport en ambulance : il s'agit d'un transport par ambulance à l'intérieur d'un même pays, entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche situé dans le même pays et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale. Est également couvert si l'état du malade le nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement plus proche.

Urgence : terme utilisé uniquement cas d'urgence médicale en raison d'un accident (défini comme un événement soudain imprévu, extérieur à la victime constituant la cause d'un dommage corporel), d'une catastrophe naturelle, d'un commencement ou d'une aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention d'un bénéficiaire, tel que défini par la présente notice.

Vaccinations obligatoires : immunisations ou injections requises par les Autorités Sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré ou par celles du pays dans lequel l'Assuré se rend. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du Contrat 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 fausse 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.

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.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre le Souscripteur.

RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS

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,
- Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire, 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.

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

Par ailleurs, sont exclus de la garantie :

- Les frais de médecine préventive
- Les frais d'hôtel et de voyage, même en rapport avec des frais médicaux
- Les traitements ambulatoires pour troubles mentaux (maladies nerveuses ou mentales, traitements psychanalytiques, psychothérapiques)
- Les frais d'orthodontie sauf pour les garanties Confort et Confort Plus
- Les traitements relatifs à la fertilité sauf pour la garantie Confort Plus
- Les cures de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés)
- Les cures thermales
- Les soins, l'assistance et les frais d'hébergement des personnes dépendantes
- Les soins et l'assistance aux personnes handicapées
- Les chaussures et semelles orthopédiques
- Les frais relatifs à une hospitalisation dans les établissements ci-après :
 - Maison de convalescence, maison de repos (ou établissements assimilés), sauf ceux spécifiés au paragraphe ci-dessus
 - Etablissements pour alcooliques ou toxicomanes (ou établissements assimilés)
- La kératotomie (laser) sauf pour la garantie Confort Plus
- Les frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique, cures d'amaigrissement et de rajeunissement)
- Les frais de rééducation professionnelle
- Les conséquences d'une tentative de suicide.

FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE

DECLARATION

L'imprimé de déclaration est fourni par l'Assureur et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives demandées par l'Assureur.

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

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Assuré que celui-ci lui fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à ses 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 le remboursement des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

PIECES A FOURNIR

Les pièces à fournir sont les suivantes :

En cas d'hospitalisation,

les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

les factures détaillées

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

CENTRE DE GESTION

La gestion des affiliations, cotisations, encaissements et sinistres est assurée par :

GMC Gestion
Unité de Gestion n° 14
10 rue Henner
75459 PARIS Cedex 09 – France
Ligne dédiée : +33 (0) 1 40 82 44 95
Standard : +33 (0) 1 40 82 44 44
Fax. : +33 (0) 1 53 25 22 97
Email : aprevi@henner.com

Toute demande de remboursement ou de renseignement concernant la couverture santé doit être adressée à GMC Gestion directement.

CNIL

Les informations concernant l'Entreprise Adhérente ou les assurés sont utilisées pour la gestion des contrats. Ils bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi 78.17 du 06 janvier 1978.

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.

MEDIATION – AUTORITE DE TUTELLE – LOI APPLICABLE

Lorsque le Souscripteur ou des Assurés souhaitent obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel de l'Assureur est en mesure d'étudier au fond toutes leurs demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas à l'attente des Assurés, ces derniers peuvent adresser leur réclamation à :

Allianz Vie
Direction International et Economie Sociale
Service Relations Clientèle
Tour Neptune – 20 place de Seine
92086 PARIS LA DEFENSE Cedex
FRANCE.

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

L'autorité de tutelle de l'Assureur est la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française et renoncent à toute procédure dans tout autre pays que la France.

ANNEXE GARANTIE ASSISTANCE - RAPATRIEMENT SANITAIRE

Allianz Vie a délégué l'organisation des prestations d'assistance à Mondial Assistance France, qui organise par ailleurs le rapatriement, et ce dans les conditions suivantes:

BENEFICIAIRE

Assurés du présent contrat

DOMICILE

Lieu de résidence principale de l'assuré.

MALADIE

Maladie : on appelle maladie, une altération de l'état de santé médicalement constatée.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant de l'action brusque, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

RISQUE COUVERT

Les garanties couvrent les événements survenus dans le monde entier, au cours de tout déplacement ou séjour effectué à titre privé ou professionnel (accident du travail ou maladie professionnelle) pendant la durée de la garantie.

Contact médical ayant été suivi ou non d'une hospitalisation puis d'un rapatriement sanitaire organisé par Mondial Assistance

RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE DU BENEFICIAIRE MALADE OU BLESSE

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays proche susceptible d'assurer les soins. Dans un second temps, le bénéficiaire sera rapatrié par avion de lignes régulières vers son pays d'origine ou de résidence,
- soit le rapatriement direct vers le pays d'origine ou de résidence du bénéficiaire, s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge, lorsque l'état de santé du bénéficiaire le permet, le transport depuis cet hôpital jusqu'au domicile.

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

- avion sanitaire spécial ou avion de lignes régulières,
- train, wagon-lit, bateau, ambulance,

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 euros TTC et des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères, ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

Si, suite au transfert du bénéficiaire pour soins médicaux complémentaires ou pour examens spécifiques dans un pays susceptible d'assurer les soins adaptés, l'état de celui-ci lui permet de rejoindre son lieu de travail à l'étranger, Mondial Assistance met à disposition et prend en charge le billet (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) aller du bénéficiaire jusqu'au lieu de travail à l'étranger.

RAPATRIEMENT OU TRANSPORT DE CORPS

Mondial Assistance organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine ou de résidence du bénéficiaire.

Mondial Assistance prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil de modèle simple (plafond de 610 euros TTC).

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

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, Mondial Assistance organise et prend en charge les frais de transport du corps du bénéficiaire jusqu'au lieu d'inhumation définitive dans le pays d'origine ou de résidence en France métropolitaine après expiration des délais légaux d'exhumation.

Mondial Assistance organise et prend en charge le retour dans le pays d'origine ou de résidence jusqu'au lieu d'inhumation des autres bénéficiaires se trouvant sur place s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille pour se rendre depuis le pays d'origine ou de résidence du bénéficiaire jusqu'au lieu d'inhumation ainsi que son séjour à l'hôtel à concurrence de 46 euros TTC par jour avec un maximum de 460 euros TTC.

RETOUR PREMATURE

En cas d'accident ou de maladie imprévisible et mettant en jeu le pronostic vital, affectant un membre de la famille (conjoint ou concubin déclaré et garanti par le contrat Allianz, descendant ou co-latéral, père, mère et enfants) resté dans un pays de résidence ou de domicile du bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge, après accord du médecin de Mondial Assistance, le transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) aller et retour du bénéficiaire afin de lui permettre de venir au chevet du proche.

Cette prestation est accordée 1 fois par an pour un événement survenant à la même personne.

En cas de décès d'un membre de la famille (conjoint ou concubin déclaré et garanti par le contrat Allianz, descendant ou co-latéral, père, mère et enfants) resté dans un pays de résidence ou de domicile du bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge le transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) aller et retour du bénéficiaire afin de lui permettre d'assister aux obsèques.

SERVICES ANNEXES

SERVICE MEDICAL TELEPHONIQUE

Mondial Assistance met à la disposition des bénéficiaires un service de conseil médical téléphonique accessible 24/h sur 24.

Sur simple appel téléphonique de l'assuré, l'un des médecins de Mondial Assistance répond aux questions d'ordre médical et peut indiquer des adresses de médecins ou d'établissements médicaux spécialisés ou non, susceptibles de le recevoir.

CONTROLE DE LA NATURE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Contact médical ayant été suivi d'une hospitalisation de l'assuré d'une durée supérieure à 3 jours ou ayant nécessité une expertise médicale.

Le bénéficiaire sera tenu avant toute hospitalisation éventuelle de prendre contact avec Mondial Assistance qui, après contact avec le médecin traitant sur place, décidera éventuellement de diriger le bénéficiaire vers un établissement hospitalier de son choix, afin que la nature des frais d'hospitalisation engagés et garantis par le Souscripteur soient sous le contrôle de Mondial Assistance.

AVANCE DES FRAIS D'HOSPITALISATION (Y COMPRIS L'ACCOUCHEMENT) ENGAGES A L'ETRANGER

Pour les hospitalisations de plus de trois jours, Mondial Assistance fera l'avance des frais garantis par le souscripteur et qui auront été engagés sous le contrôle de Mondial Assistance. Ces frais seront pris en charge intégralement par le souscripteur.

Le recours auprès de la Sécurité sociale sera effectué par le souscripteur.

PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE HOSPITALISE

Si l'hospitalisation doit dépasser 8 jours et si personne ne reste au chevet du bénéficiaire, Mondial Assistance prend en charge les frais de transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) au départ du pays de résidence et les frais de séjour d'hôtel d'une personne désignée par le collaborateur à concurrence de 46 euros TTC par nuit avec un maximum de 460 euros TTC.

ENVOI DE MEDICAMENTS

Mondial Assistance prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible au bénéficiaire de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le coût et l'envoi de ces médicaments restent à la charge du bénéficiaire.

CONDITIONS APPLICABLES AUX INTERVENTIONS LIEES A UN EVENEMENT D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance France, 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 de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

ENGAGEMENTS FINANCIERS DE MONDIAL ASSISTANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue préalablement.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Lorsque Mondial Assistance doit organiser le retour prématuré du bénéficiaire vers son pays d'origine ou de résidence, il peut lui être demandé d'utiliser son titre de voyage.

Lorsque Mondial Assistance a assuré à ses frais le retour du bénéficiaire, il lui est demandé d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transport non utilisés et de reverser le montant perçu à Mondial Assistance sous un délai maximum de trois mois suivant la date du retour.

Seuls les frais complémentaires à ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile sont pris en charge par Mondial Assistance.

Lorsque Mondial Assistance a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, Mondial Assistance ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger Mondial Assistance dans ses droits et actions contre tout tiers responsable, à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente garantie.

PRESCRIPTION

Toute action découlant de la présente garantie est prescrite dans un délai de deux ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.

EXCLUSIONS RAPATRIEMENT SANITAIRE

- Les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- 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 grossesses sauf complication imprévisible ou pré-autorisation donnée par l'assureur, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée
- Les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool,
- Les conséquences de tentative de suicide.
- Les frais de secours d'urgence, les frais de recherche, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 euros TTC,
- Les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense, les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.

Pour la garantie des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation à l'étranger :

- Les frais consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement avant la prise de la garantie,
- Les frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la prise d'effet de la garantie à moins d'une complication nette et imprévisible,
- Les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- Les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.
- Les frais de remboursement dentaires sont pris en charge à concurrence de 46 euros TTC.

Il n'est pas effectué de remboursement inférieur à 16 euros TTC.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Toute demande de mise en œuvre de l'une de ces prestations doit être formulée directement par le bénéficiaire par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone : **01 40 25 50 87**
- soit par fax : **01 40 25 54 55**

en indiquant :

le numéro de la convention Mondial Assistance : **611 792**

le nom et le n° du contrat souscrit,

le nom et le prénom du bénéficiaire,

le nom de la prestation souhaitée,

le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.