

L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

ACS SENIORS Régime Santé - Complément CFE Notice d'information

*En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale, vous avez choisi d'adhérer aux garanties « ACS Seniors - Santé Complémentaire CFE » souscrites par L'Association auprès d'Allianz Vie sous le contrat numéro 078718/512 et de Gan Eurocourtage 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 définies dans la présente notice.*

Sommaire

1/ Généralités.....	2
2/ Définitions.....	4
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	11
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 personnes seniors suivantes :

Catégorie 1 :

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

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

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

Catégorie 2 :

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

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

La sélection médicale et les délais de carence sont applicables.

Catégorie 3 :

Les personnes qui ayant liquidé leurs droits à la retraite décident de s'installer à l'étranger alors qu'ils étaient auparavant métropolitains.

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

La sélection médicale et les délais de carence sont applicables.

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

Effet des garanties

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

- **Prothèses dentaires : 6 mois.**
- **Prothèses médicales (auditives, orthopédie) : 6 mois.**
- **Optique : 6 mois.**
- **Cure thermale : 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 :

- au décès de l'assuré
- pour non paiement des cotisations
- pour non paiement des cotisations auprès de la Caisse des Français de l'Etranger
- pour retour définitif en France
- suite à l'arrêt de la couverture auprès de la Caisse des Français de l'Etranger, qu'elle qu'en soit la raison

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.

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

2/ Définitions

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat 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.

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.

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

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

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

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

Prothèse dentaire : soins prothétiques, 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, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine 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 sur le continent africain à l'exception de l'Afrique du sud, dans les pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, et Vietnam, et en France.

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

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

Garantie Maladie – Chirurgie – Maternité

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

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

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

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 actes figurant dans le tableau des garanties.

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

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

- les traitements en dehors de la zone géographique d'expatriation tel qu'indiqué au formulaire d'adhésion, sauf cas prévus dans le chapitre « zone de couverture »,
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur,
- les traitements préventifs, bilans de santé ainsi que les examens de dépistage,
- les prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants, n'étant pas pris en charge par la sécurité sociale française,
- les remboursements de viagra et de tous ses dérivés ou formules chimiques équivalentes,
- les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision...),
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe (à l'exception de l'organe lui-même),
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
- les traitements liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, ainsi que les frais de séjour dans des établissements de lutte contre la toxicomanie ou l'alcoolisme,
- de façon générale les frais de séjour dans des établissements non hospitaliers,
- toute chirurgie élective/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,
- les cures thermales en dehors du territoire français,
- les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales,
- les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit,
- les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence même si ce séjour est médicalement prescrit (à l'exception des centres de rééducation immédiatement suite à une hospitalisation),
- 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 : Contact@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

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



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

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

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

Les frais suivants sont soumis à autorisation préalable de l'Assureur : Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- **Frais liés à une hospitalisation,**
- **Hospitalisation à domicile,**
- **Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation,**
- **IRM,**
- **Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie,**
- **Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur,**
- **Prothèses médicales,**
- **Cures thermales,**
- **Prothèses dentaires,**

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 de Gan Eurocourtage, 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, Gan Eurocourtage 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 Gan Eurocourtage 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 32e semaine de grossesse, les états résultant de l'absorption d'alcool, de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, les conséquences des tentatives de suicide.

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 / de l'étranger : 33.1.45.16.43.81
- 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



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 de Gan Eurocourtage.

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 même 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 garantie 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 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, d'une 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 GAN EUROCOURTAGE

**Service des relations avec les consommateurs
GAN Eurocourtage
Immeuble Elysées La Défense
7, place du Dôme TSA 59876
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. 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 règlementaires.

Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par mail à relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr ou par courrier à Gan Eurocourtage - Service des relations avec les consommateurs – Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex, FRANCE - e-mail : relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr

Ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par les entreprises du groupe Groupama.

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

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

12/ Tableaux des garanties

Garanties « Assistance et Responsabilité Civile », si options souscrites

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



Garanties « Santé en complément de la CFE »

	ACS Seniors CFE
HOSPITALISATION (Accord Préalable)	
Limite maximale par bénéficiaire pour 12 mois d'adhésion	
Hospitalisation médicale	100% des frais réels*
Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels*
Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels*
Chambre particulière	100% des frais réels - max. 100 euros / jour limités à 30 jours par année civile
Greffe d'organe	100% des frais réels*
Psychiatrie	100% des frais réels* limités à 3 000 euros / an
Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels - limités à 50 euros / jour
Autres prestations	
Consultation externe liée à une hospitalisation / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels*
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels* - limités à 2 000 euros / an
Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation	100% des frais réels* - limités à 2 000 euros / an
Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels*
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident	100% des frais réels*
Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de sept semaines maximum)	100% des frais réels*
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Honoraires des généralistes et spécialistes	90% des frais réels - limités à 100 euros par consultation
Analyses, radiologie, scanners,	90% des frais réels
IRM (accord préalable)	90% des frais réels
Médicaments et vaccins prescrits	90% des frais réels
Auxiliaires médicaux prescrits	90% des frais réels jusqu'à 80 euros par acte
Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et 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
Prothèses médicales prescrites (accord préalable)	90% des frais réels - limités à 1 000 euros / an
Cures thermales en France - (accord préalable)	25 euros / jour - maximum 20 jours
OPTIQUE	
Verres, monture et lentilles prescrites	90% des frais réels - limités à 150 euros / an
DENTAIRE	
Limite maximale par bénéficiaire pour 12 mois d'adhésion	1 000 euros
Soins dentaires	90% des frais réels
Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (accord préalable)	90% des frais réels limités à 300 euros / dent

* dans la limite de 200% du Barème de remboursement de la Sécurité Sociale Française