



NOTICE D'INFORMATION - FIRST'EXPAT INDICE 30



Contrat N° 210/842.250 souscrit par : A.S.F.E. - 28, Rue de Mogador - 75009 - PARIS - ci-après dénommée "LA CONTRACTANTE", auprès de : GAN EUROCOURTAGE VIE compagnie française d'assurances vie mixte entreprise régie par le Code des assurances Société anonyme au capital de 51 695 640 Euros (entièrement versé) 340 427 525 R.C.S. PARIS – APE 660 A - Siège social : 8-10, Rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08 - ci-après dénommé "L'ASSUREUR".

AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE :

**Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61, rue Taitbout - 75009 Paris
SERVICE DES RELATIONS AVEC LES CONSOMMATEURS
Tour GAN Eurocourtage - 4/6, avenue d'Alsace - 92033 LA DEFENSE CEDEX
tél. : 01 70 96 67 37 - e-mail : relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr**

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe, objet de la présente notice d'information, a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par toute personne, vivant hors de son pays de nationalité dans un cadre privé ou professionnel et membre de l'association contractante, ainsi que par ses ayants droit résidant dans le même pays étranger.

ARTICLE 2 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises :

- dans les pays de la zone de couverture choisie par l'adhérent :
 - Zone A : monde entier hors USA et Canada et hors pays de zone B,
 - Zone B : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Brésil, Brunei, Emirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Italie, Japon, Liban, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle Zélande, Oman, Polynésie, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Suisse, Taiwan.
- dans le pays d'origine de l'adhérent pour les séjours (voyages, vacances) inférieurs à 60 jours, s'il appartient à la zone de couverture. *Toutefois, en ce qui concerne les seules familles de nationalité française, les garanties sont accordées aux ayants droit restant en France, sans limitation de durée, avec des montants de remboursements spécifiques pour les frais engagés en France (tels qu'ils sont indiqués à l'article 8). En outre, la cotisation "famille" applicable dans ce cas, sera celle de la Zone de couverture B.*
- dans tous les autres pays pour les frais médicaux à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence. Par maladie inopinée, on entend toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

En fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable de l'assureur.

ARTICLE 3 - DEFINITIONS

- **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L 1315 du Code Civil, il appartient à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- **ADHERENT** : Personne qui souscrit une adhésion au contrat, telle que définie à l'article 12.
- **AYANT(S) DROIT** : Conjoint ou concubin de l'adhérent et enfant(s) à charge.
- **CONJOINT** : Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de 65 ans
- **CONCUBINAGE** : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.
- **CONCUBIN** : Personne âgée de moins de 65 ans vivant en concubinage avec l'adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :
 - l'adhérent et son concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS avec une autre personne)
 - une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire est adressée à l'assureur.

- **ENFANT A CHARGE** : Enfant de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin :
 - âgé de moins de 20 ans,
 - âgé de moins de 26 ans s'il poursuit des études
- **HOSPITALISATION** : Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un accident, à une maladie ou à une maternité.
- **MALADIE** : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **MATERNITE** : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.
- **CERTIFICAT D'ADHESION** : Document qui adapte le contrat à la situation et au choix de l'adhérent (durée de l'engagement, nom et adresse de l'adhérent, garanties choisies...).
- **COTISATION** : Somme payée par l'adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.
- **DELAI D'ATTENTE** : Période définie au contrat pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties de l'adhésion.
- **DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE** : Avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série ou les prothèses de toute nature, l'adhérent doit préalablement demander et obtenir l'accord de l'assureur pour obtenir leur prise en charge effective.
- **FORFAIT JOURNALIER** : Part du prix de la journée d'hospitalisation en France non prise en charge par la Sécurité Sociale française.

ARTICLE 4 - NATURE DES REMBOURSEMENTS

Sont remboursées toutes les dépenses d'ordre médical et chirurgical prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient prises en charge par la Sécurité Sociale française.

Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité Sociale française ou par tout autre organisme similaire.

Les actes pris en considération par l'assureur sont les suivants :

ASSURANCE MALADIE

A – Hospitalisation médicale – hospitalisation chirurgicale – Actes Et frais de Chirurgie

1) Hospitalisation médicale

- Journée d'hospitalisation médicale, y compris dans un centre de rééducation fonctionnelle
- Frais de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie
- Frais de transport vers l'établissement hospitalier le plus proche ou sur entente préalable, à l'exclusion du rapatriement sanitaire
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de chambre particulière
- Frais de lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans

2) Hospitalisation chirurgicale – Actes et frais de chirurgie comprenant frais médicaux et honoraires

- Journée d'hospitalisation chirurgicale
- Actes de chirurgie dispensés dans un établissement hospitalier, ainsi que ceux qui concernent le traitement des traumatismes
- Actes d'anesthésiologie
- Actes utilisant les radioéléments en sources non scellées
- Frais d'assistance du médecin traitant, de pharmacie opératoire, de salle d'opération, d'examen, de fourniture de sang, plasma, oxygène, matière plâtrée
- Frais de transport, à l'exclusion du rapatriement sanitaire
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de chambre particulière
- Frais de lit d'accompagnement d'un enfant

B – Médecine générale – Spécialités – Analyses – Orthopédie – Prothèses non dentaires

- Consultations de l'omnipraticien ou du spécialiste
- Actes d'auxiliaires médicaux
- Frais de prothèses (hors prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé)
- Examens et soins médicaux inférieurs à 24 heures pratiqués en établissement hospitalier
- Actes de spécialités
- Frais d'analyses, travaux de laboratoires
- Actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et Scanner

C – Pharmacie

- Les médicaments sur prescription médicale si remboursables par la Sécurité Sociale Française (hors produits non médicamenteux)

D – Optique

- Frais de verres, de monture et de lentilles cornéennes correctrices prescrites médicalement

E – Dentaire

- Frais de soins dentaires, de prothèses dentaires et d'orthodontie (si le traitement débute avant l'âge de 16 ans)

ASSURANCE MATERNITÉ

- Consultation, pharmacie et soins pré ou post natal
- Séances de préparation à l'accouchement
- Accouchement
- Kinésithérapie post accouchement (uniquement si prescrite par un médecin ou une sage femme)
- Diagnostic des anomalies chromosomiques sous réserve d'entente préalable

ARTICLE 5 – FRAIS SOUMIS A LA FORMALITE DE L'ENTENTE PREALABLE

HOSPITALISATION

Le malade doit faire parvenir à l'assureur au moins 10 JOURS avant l'hospitalisation, la DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE (s'agissant de frais exposés en France, la demande de l'entente préalable est celle de la Sécurité Sociale) remplie et signée par le praticien.

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée à l'assureur dans les 5 JOURS qui suivent l'entrée à l'hôpital, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.

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

MEDECINE DE VILLE

Les actes médicaux en série, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 5, sont soumis à la formalité de l'entente préalable, notamment les actes d'auxiliaires médicaux (en particulier kinésithérapie) et les actes de spécialistes.

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

AUTRES FRAIS

Sont soumis à la formalité de l'ENTENTE PREALABLE :

- les prothèses et la chirurgie dentaire, l'assureur pouvant exiger un contrôle préalable si plus de 3 dents sont concernées,
- l'orthodontie,
- les prothèses médicales,
- les séjours en centre médicalisé,
- le diagnostic des anomalies chromosomiques.

Le malade doit faire parvenir à l'assureur, au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, une demande d'ENTENTE PREALABLE.

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

ARTICLE 6 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les frais sont servis dans la limite des frais réels, des coûts raisonnables et habituels pour le pays concerné et des maxima contractuels.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime social de base éventuel, de l'assureur et de tout autre organisme, ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, L'ADHERENT DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Subrogation :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L. 121-12 du Code des Assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

ARTICLE 7 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'assurance :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée,
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité Sociale française,
- au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments par la Sécurité Sociale française : crèmes solaires, produits de maquillage etc...,
- les frais de traitement esthétique, de cures thermales, de thalassothérapie, de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement,
- tous les types de traitements pour des maladies ou troubles mentaux ou du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des maladies version 10 de l'OMS). Ces traitements peuvent être médicamenteux, à base de consultations ou entretiens ou appliqués à l'aide d'appareillage,
- les frais n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone en cas d'hospitalisation,
- les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés,
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche,
- les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium lorsque les établissements qui ont accueilli l'adhérent ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente
- les frais d'interruption volontaire de grossesse, de traitements de la stérilité et de fécondation in vitro,
- les conséquences de l'infraction à la législation du pays dans lequel séjourne l'adhérent,
- les frais de psychomotricité et d'orthophonie,
- les frais pour lesquels la demande d'entente préalable n'a pas été faite,
- les implants et tous les frais liés aux implants,

ainsi que les conséquences :

- des faits intentionnels de l'adhérent
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense,
- résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale,
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'adhérent,
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique,
- de la participation à toutes compétitions sportives officielles et entraînements à ces compétitions,
- de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur,

- de la pratique de sports énumérés ci-dessous :
 - . les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jum,
 - . les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skelton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
 - . les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing
 - . les sports nautiques : plongée bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir par une personne non titulaire du brevet PADI ou équivalent et non accompagnée d'un professionnel, surf en compétition, hydro speed,
 - . les sports de défense et de combat en compétition,
 - . les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, les initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'Etat, sont couvertes à l'exception des sports « extrêmes ».

ARTICLE 8 – GARANTIES PROPOSEES

(1) GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES PROPOSEES – CHOIX DES GARANTIES

Le contrat prévoit au titre des GARANTIES DE BASE la prise en charge des frais hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques.

Ces garanties de base peuvent être complétées, au choix de chaque adhérent, par des GARANTIES OPTIONNELLES qui prévoient la prise en charge des frais engagés en dentaire, optique, appareillage et prothèses médicales, ainsi que ceux liés à la maternité.

Le choix des garanties optionnelles doit être effectué par l'adhérent :

- lors de son adhésion au contrat ; dans ce cas, les garanties optionnelles prennent effet à la même date que les garanties de base, dans les conditions prévues à l'article 13,
- ou
- après deux années consécutives d'adhésion au contrat ; dans ce cas, l'adhérent devra fournir à l'assureur un nouveau questionnaire médical au vu duquel l'assureur pourra demander des examens médicaux complémentaires.

Si elle est acceptée par l'assureur, l'adhésion aux garanties optionnelles prendra effet le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande, sous réserve de réception de ladite demande par l'assureur, accompagnée du questionnaire médical, deux mois au moins avant cette date. Les garanties optionnelles prendront effet à l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 13, les seules garanties de base étant accordées à l'adhérent avant absorption de ces délais d'attente.

Il est précisé que :

- les garanties optionnelles, lorsqu'elles sont retenues par l'adhérent, s'appliquent également à l'ensemble de ses ayants droit inscrits sur le certificat d'adhésion,
- l'adhérent qui souscrit les garanties optionnelles aura la possibilité de modifier son choix ultérieurement pour ne retenir que les garanties de base :
 - en cas de modification de sa situation de famille (naissance ou adoption d'enfant, mariage ou divorce, mise en concubinage ou cessation du concubinage, décès du conjoint ou du concubin) ou en cas de changement de zone de couverture,
 - au 1^{er} janvier de l'année suivant la date de la demande dans tous Les autres cas, sous réserve de réception de la demande par l'assureur au moins deux mois avant cette date.
- l'adhérent qui résilie son adhésion aux garanties optionnelles n'aura plus la possibilité de souscrire ultérieurement ces garanties optionnelles (sauf en cas de modification de sa situation de famille ou en cas de changement de zone de couverture, dans les conditions exposées ci-dessus).

(2) MONTANT DES GARANTIES DE BASE ET OPTIONNELLES

DESIGNATION DES ACTES	MONTANT DES REMBOURSEMENTS	
	Frais engagés hors de France	Frais engagés en France
I – GARANTIES DE BASE		
A. HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE – ACTES ET FRAIS DE CHIRURGIE	Prise en charge de frais sous réserve d'entente préalable (telle que définie à l'article 3)	
Hospitalisation hors service psychiatrie (frais de séjour, honoraires et prescriptions) et transport en ambulance dont chambre semi-privée	100 % des frais réels	secteur conventionné : 100 % des frais réels dans la limite de 400 % de la B.R. ⁽¹⁾ secteur non conventionné : 90 % des frais réels dans la limite de 400 % de la B.R. ⁽¹⁾
Hospitalisation en service psychiatrie (frais de séjour, honoraires et prescriptions) et transport en ambulance	frais non couverts	frais non couverts
Forfait journalier hospitalier	néant (sans objet)	100 % des frais réels
Chambre particulière	néant	100 % des frais réels dans la limite de 40 € par jour
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 30 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 30 € par jour
B. MÉDECINE GÉNÉRALE – SPÉCIALITÉS – ANALYSES		
Consultations et visites de médecins généralistes ou de spécialistes pratiquant des spécialités reconnues par la Sécurité Sociale française (hors psychiatres)	100 % des frais réels dans la limite de 80 € par acte	100 % des frais réels dans la limite de 80 € par acte
Consultations et visites de psychiatres	frais non couverts	frais non couverts
Examens et soins médicaux inférieurs à 24 heures pratiqués en établissement hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 700 € par acte	100 % des frais réels dans la limite de 700 € par acte
Auxiliaires médicaux et actes de spécialistes	100 % des frais réels dans la limite de 30 € par acte (entente préalable obligatoire si >= 5 séances)	100 % des frais réels dans la limite de 30 € par acte (entente préalable obligatoire si >= 5 séances)
Analyses et radiologie	100 % des frais réels dans la limite de 200 € par acte	100 % des frais réels dans la limite de 200 € par acte
C. PHARMACIE	90 % des frais réels	90 % des frais réels
II – GARANTIES OPTIONNELLES		
A. DENTAIRE		
Soins dentaires et Prothèses dentaires	100 % des frais réels avec un maximum de : - 800 € par an et par bénéficiaire les 2 premières années d'adhésion à l'option, - 1200 € par an et par bénéficiaire à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion à l'option et dans la limite de 200 € par prothèse	100 % des frais réels avec un maximum de : - 800 € par an et par bénéficiaire les 2 premières années d'adhésion à l'option, - 1200 € par an et par bénéficiaire à compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion à l'option et dans la limite de 200 € par prothèse
Orthodontie (si le traitement débute avant l'âge de 16 ans)	100 % des frais réels dans la limite de 600 € par an et par enfant pendant 3 ans au maximum	100 % des frais réels dans la limite de 600 € par an et par enfant pendant 3 ans au maximum
B. OPTIQUE		
Monture, verres et lentilles cornéennes correctrices prescrites médicalement	100 % des frais réels dans la limite de 200 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais réels dans la limite de 200 € par an et par bénéficiaire
C. APPAREILLAGE ET PROTHESES MEDICALES (SANS HOSPITALISATION)		
	100 % des frais réels dans la limite de 500 € par prothèse	100 % des frais réels dans la limite de 500 € par prothèse
D. MATERNITE		
Consultations, pharmacie et soins pré et post natals Accouchement Kinésithérapie post accouchement dans la limite de 10 séances, Séances de préparations à l'accouchement (effectués exclusivement par un médecin ou une sage femme)	Limite globale : 2500 € (4000 € si accouchement par césarienne)	Limite globale : 2500 € (4000 € si accouchement par césarienne)
Diagnostic des anomalies chromosomiques	sous réserve d'entente préalable 100 % des frais réels	sous réserve d'entente préalable 100 % des frais réels

B.R.⁽¹⁾ : Base de remboursement de la Sécurité Sociale française, rétablie par l'assureur sur la base du Tarif Opposable (Barème officiel déterminé en accord avec les membres des professions de santé ou fixé unilatéralement par les Pouvoirs Publics. Ce tarif concerne des actes : consultation, visite, ... ou des produits : prothèses, médicaments, ...) lorsque le praticien ou l'établissement n'adhère pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

(3) PLAFOND DE GARANTIE

L'assureur limite ses remboursements pour l'ensemble des frais énumérés aux paragraphes (1) et (2) ci-dessus à **300.000 €** par personne garantie et par année d'adhésion.

ARTICLE 9 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de maladie ou d'accident ouvrant droit à remboursement, l'adhérent est tenu de remettre à l'assureur ou à son mandataire la demande de remboursement, dûment remplie, ainsi que les notes d'honoraires ou de frais et les ordonnances acquittées, datées et mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée, le genre de maladie, la nature et la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments.

Si les soins sont dispensés en France, l'adhérent doit joindre l'ordonnance, les vignettes pharmaceutiques, les feuilles de soins ou, à défaut de cette dernière, une facture ainsi que, le cas échéant, les bordereaux de remboursements déjà effectués par d'autres organismes avec son numéro d'adhérent.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires et de soumettre l'adhérent à un examen médical auprès d'un médecin qu'il aura choisi. Si l'adhérent s'oppose à cet examen médical, il perd tout droit aux garanties pour la demande de remboursement en cause.

Pour donner droit aux prestations, les demandes de remboursement de frais de santé doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 24 mois qui suivent la date des soins.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'adhérent doit avertir l'assureur dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Aucune réclamation ne sera acceptée passé ce délai.

Il est précisé que le versement des prestations sera effectué en France, en euros, directement aux adhérents ou au prestataire en cas d'accord préalable.

Il ne sera jamais fait de tiers payant en optique et dentaire.

L'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L 121-12 du Code des Assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers un tiers responsable.

TITRE II - EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 10 – REFERENCE LEGALE

Le contrat d'assurance de groupe, objet de la présente notice d'information, est régi par le Code des Assurances.

Les déclarations de la contractante et des adhérents servent de base aux garanties du contrat.

En application des articles L.114-1 et L114.2 du Code des Assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 11 – DUREE – RENOUELEMENT DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Il se renouvelle par tacite reconduction le premier janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'assureur ou de la contractante notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant chaque date de renouvellement.

ARTICLE 12 – ADHESION – PERSONNES GARANTIES

1- ADHESION

Peuvent être inscrits à l'assurance les membres de l'association contractante, sous réserve :

- qu'ils soient âgés de moins de 65 ans,
- qu'ils soient de nationalité différente du pays de résidence pendant la durée du contrat,
- d'avoir dûment complété et signé le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical.

Après étude du questionnaire médical, l'assureur pourra demander des examens médicaux complémentaires. Si un des adhérents présentait un risque aggravé, l'assureur pourrait être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.

Certaines activités professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable de l'assureur.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion sur lequel figurent le montant des garanties, la zone de couverture choisie, la date d'effet de l'adhésion et le montant des cotisations.

2- PERSONNES GARANTIES

L'adhésion peut être, au choix de l'adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (cotisation individuelle) ou pour lui et ses ayants droit tels que définis à l'article 3 (cotisation famille).

Pour être garantis, les ayants droit de plus de 18 ans doivent se soumettre aux formalités médicales dans les conditions prévues au paragraphe 1) ci-dessus.

ARTICLE 13 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

1 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

Pour l'adhérent :

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur après réception par ce dernier :

- de la demande d'adhésion et du questionnaire médical, dûment complétés et signés, et
- du règlement total de la première échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle de la cotisation, calculée prorata temporis en cas d'adhésion intervenant en cours de mois ou en cas d'adhésion temporaire.

L'adhésion prend effet, au plus tôt le 1^{er} jour qui suit la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur.

Pour les ayants droit de l'adhérent :

L'adhésion des ayants droit prend effet à la même date que pour les adhérents eux-mêmes ou lors de la modification de la situation de famille en cas de mariage, de concubinage ou de naissance ou d'adoption d'enfant et sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur.

2- PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus, sous

réserve de l'application des délais d'attente suivants :

- **immédiatement** pour les frais médicaux à prodiguer d'urgence au titre des garanties "Hospitalisation médicale ou chirurgicale – Actes et frais de chirurgie", "Médecine générale – Spécialités – Analyses" et "Pharmacie" lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée (telle que définie à l'article 2) nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre l'expiration du délai d'attente,
- application d'un **délai d'attente de 3 mois** en ce qui concerne les garanties "Hospitalisation médicale ou chirurgicale – Actes et frais de chirurgie", "Médecine générale – Spécialités – Analyses", "Pharmacie" et "Soins dentaires",
- application d'un **délai d'attente de 9 mois** en ce qui concerne les garanties "Optique", "Prothèses dentaires et orthodontie" et "Appareillage et prothèses médicales",
- application d'un **délai d'attente de 10 mois** en ce qui concerne la garantie "Maternité".

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

ARTICLE 14 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque adhérent :

- à la date de résiliation du contrat. Dans ce cas à la date de cessation de l'adhésion, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.
- lorsque l'adhérent n'adhère plus à l'association contractante,
- si les cotisations concernant l'adhérent ne sont plus réglées,
- à la date du retour définitif de l'adhérent dans son pays d'origine,
- au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent. A cette date et après accord de l'assureur, les garanties peuvent continuer à être accordées à l'adhérent moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

Les garanties prennent fin pour les ayants droit à la même date que pour l'adhérent lui-même et, en tout état de cause :

- **pour le conjoint** : à la date de la décision devenue définitive en cas de divorce ou de séparation judiciaire et, au plus tard, à son 65^{ème} anniversaire,
- **pour le concubin** : à la date de cessation du concubinage et, au plus tard, à son 65^{ème} anniversaire,
- **pour les enfants** : dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'adhérent et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 20^{ème} anniversaire ou leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

En outre, les garanties cessent en tout état de cause, pour les ayants droit, au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 15 – RECLAMATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé à l'adhérent de consulter d'abord la contractante. Si un différent persistait après réponse, l'adhérent pourrait adresser sa réclamation à la :

Direction des Relations avec les Consommateurs de GAN
EUROCOURTAGE VIE
5-7 rue du centre – Immeuble Piazza - 93199 NOISY LE GRAND CEDEX

Si enfin la réponse donnée par l'assureur ne donnait pas satisfaction, l'avis du médiateur pourrait être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

ARTICLE 16 – FAUSSE DECLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque et en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré ou le souscripteur a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

TITRE III - DISPOSITIONS FINANCIERES

ARTICLE 17 – COTISATIONS

1- FIXATION DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est fixée, en fonction de l'âge du bénéficiaire le plus âgé, des personnes garanties (adhérent seul ou famille), ainsi que des garanties et de la zone de couverture choisies.

Le montant de la cotisation est revu le 1^{er} janvier de chaque année compte tenu de l'âge atteint (déterminé par différence de millésime) par l'adhérent en cotisation individuelle ou de l'âge de la personne garantie la plus âgée en cotisation famille et du tarif en vigueur à cette date.

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de la contractante et payable en même temps que la cotisation.

2- PAIEMENT DE LA COTISATION

■ par l'adhérent :

Les cotisations sont payables trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en France et en euros à la contractante.

En cas d'adhésion en cours de mois ou en cas d'adhésion temporaire ou de départ d'un adhérent intervenu en cours d'année d'assurance, la cotisation est calculée prorata temporis.

En cas de résiliation du contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance des cotisations.

Défaut de paiement de l'adhérent :

En application des dispositions de l'article L.140-3 du Code des assurances, la contractante doit, au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si la contractante n'effectue pas cette mise en demeure dès la première cotisation impayée, l'assureur peut se retourner vers elle pour réclamer le préjudice qui en résulterait

■ par la contractante :

La contractante doit reverser à l'assureur les cotisations versées par l'adhérent.

Défaut de paiement de la contractante

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure de payer. Celle-ci résulte de l'envoi par l'assureur d'une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation du contrat.