



L'Association pour l'Assurance Individuelle ALARM

Régime Expatrié Santé

Notice d'information

En qualité d'adhérent de l'Association pour l'Assurance Individuelle assuré auprès de la CFE pour les risques « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle », vous bénéficiez des garanties « santé » souscrites par ladite Association, ci-après dénommée « l'Association souscriptrice », auprès d'Allianz Vie sous le N°078842/501.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du 1^{er} janvier 2012 sont définis dans la présente notice.



GENERALITES

AFFILIATION

Est affiliable, l'ensemble des expatriés adhérents à l'Association souscriptrice, assurés auprès de la Caisse des Français de l'Étranger pour les risques « maladie - maternité » et « accident du travail - maladie professionnelle » ou bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent.

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.

Il est précisé que les formalités médicales ne sont pas applicables aux personnes précédemment assurées par un contrat collectif frais de santé pour les expatriés présentant des garanties équivalentes. A cet effet, l'Association souscriptrice communique la liste nominative des personnes concernées. Pour ces assurés, il n'est pas appliqué de délai d'attente.

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

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

Toutefois, l'Assureur au vu des documents et renseignements reçus, peut préciser sur le certificat d'adhésion un tarif révisé comparé à celui mentionné initialement sur le document d'adhésion. Le candidat à l'Assurance peut alors la refuser en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception du certificat d'adhésion. La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant la notification de refus du candidat.

A défaut de réponse dans les trente jours, l'Assureur considère que l'adhérent a accepté les nouvelles conditions proposées, il prend alors la qualité d'Assuré.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnel expatrié à assurer sous réserve des dispositions de l'article L. 141-3 du Code des assurances.

BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les Assurés bénéficiant des assurances volontaires de la Caisse des Français de l'Étranger pour les risques « maladie – maternité – invalidité » et « accident du travail – maladie professionnelle » et les membres de leur famille désignés ci-après bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent.

- le conjoint.
- à défaut de conjoint, le partenaire lié par un PACS (pacte civil de solidarité).
- à défaut de conjoint ou de partenaire lié par un PACS, le concubin déclaré.



On entend par « concubin » la personne vivant maritalement avec l'Assuré et remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, avec production d'un certificat attestant de cette situation.

Si la déclaration du concubinage est postérieure à la date d'affiliation de l'assuré, la personne n'est prise en compte en tant que concubin (e) qu'après une période de 6 mois. Ce délai n'est pas nécessaire si un enfant né de cette union est à la charge de l'affilié. La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'affilié.

Une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que bénéficiaire.

- les enfants non mariés de l'Assuré et ceux de son conjoint (ou de son partenaire de PACS ou de son concubin), vivant sous le toit de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis lorsqu'ils sont fiscalement à charge de l'Assuré :
 - ® s'ils sont mineurs,
 - ® ou quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
 - ® ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 26 ans,
 - bénéficier d'un régime de Sécurité sociale français ou de son équivalent local,
 - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dans le cadre d'une formation en alternance dont la rémunération mensuelle est inférieure à 80 % du SMIC).

Sont considérés comme fiscalement à charge de l'Assuré, les enfants :

- ® pris en compte pour une demi-part au moins dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Assuré payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- ® lorsqu'il s'agit d'étudiants n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevant de l'Assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- ® reconnus, adoptifs ou recueillis par l'Assuré, s'ils sont fiscalement à charge de son partenaire de PACS ou de son concubin.

Si l'Assuré ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation fiscale française.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus, et en tout état de cause à la même date que pour l'Assuré.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.



EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont effectives pour chaque personne expatriée qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- pour les personnes expatriées affiliées lors de la prise d'effet de l'adhésion :
 - ® dès cette dernière date,
- pour les personnes expatriées affiliées postérieurement à la date d'effet de l'adhésion :
 - ® à sa date d'entrée dans la catégorie de personnes expatriées à assurer si le formulaire d'affiliation est reçu dans les quinze jours suivant cette dernière date,
 - ® à la date de réception de cette demande dans le cas contraire, même si des cotisations ont déjà été versées par l'Association pour ces personnes expatriées.

Les garanties au profit des membres de la famille définis ci-dessus prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Assuré ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

L'Assuré peut renoncer à son Assurance pendant un délai de 30 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 :

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

L'Assureur 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.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné (nom, prénom) demeurant à adhèrent au contrat d'assurance n°078848/501 déclare renoncer à mon adhésion et demande, par la présente lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le remboursement des sommes versées dans un délai de trente jours, en application de l'article L.132-5-1 du Code des assurances. Date et signature. »

DUREE 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 :
 - ® à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnes expatriées à laquelle la présente notice se réfère,
 - ® à la date de résiliation du certificat d'adhésion de l'adhérent.



et, le cas échéant, selon la situation de l'assuré :

- ® à la date de rupture du contrat de travail régissant son expatriation (notamment, la démission, le licenciement, la retraite),
- ® à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou de toute autre pension assimilée,

et en tout état de cause :

- ® au dernier jour du trimestre civil de son 67^{ème} anniversaire,
- ® au jour de son décès.

Il est précisé que pour les personnes précédemment assurées par le contrat collectif frais de santé n°078720/500 présentant des garanties équivalentes, les garanties cessent en tout état de cause :

- ® au dernier jour du trimestre civil de son 70^{ème} anniversaire.

- pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnes expatriées précitée :

- ® à la date de résiliation du contrat,

La cessation des garanties entraîne simultanément, tant pour l'Assuré que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, 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

ZONE D'EXPATRIATION ET DE COUVERTURE

Les frais sont remboursables :

| | |
|--------|---|
| Zone 1 | USA et Canada |
| Zone 2 | Hong Kong, Singapour, Chine, Japon, Israël, Brésil, Suisse, Royaume-Uni, Russie |
| Zone 3 | Monde entier hors Hong Kong, Singapour, Japon, Israël, Brésil, Suisse, Royaume-Uni, Russie, USA, Canada |
| Zone 4 | Afrique et Asie sauf Hong Kong, Singapour, Japon, Chine |



GARANTIE MALADIE – CHIRURGIE - MATERNITE

La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Assuré, 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 ou en complément d'un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent.

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 pays où le traitement est administré. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

Champ d'application territorial des garanties

Les frais médicaux doivent avoir été exposés pendant la période d'assurance :

- dans le pays d'expatriation ou dans le pays d'origine du salarié expatrié. Ces pays sont ceux transmis à l'Assureur par l'Association souscriptrice.
- dans un pays tiers :
 - lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept semaines, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence 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 vingt-quatre heures,
 - dans les autres cas, après accord exprès de l'Assureur.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues au tableau de garanties ci-après.

Les remboursements, y compris les maxima définis ci-après, s'entendent y compris les prestations en nature servis par les assurances « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle » de la Caisse des Français de l'Étranger et sont effectués 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'Etat concerné.

Les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de frais médicaux (sécurité sociale, assurance privée de santé, ...), dont l'assuré et ses ayants droits, tels que définis ci-dessus, pourraient bénéficier personnellement.



| | PREMIUM | CONFORT1 | ESSENTIEL2 |
|--------------------------------------|----------|----------|------------|
| Limite annuelle par assuré et par an | 200 000€ | 150 000€ | 100 000€ |

Hospitalisation

| | | | |
|--|--|--|--|
| Hospitalisation médicale ou chirurgicale | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Règlement direct des frais d'hospitalisation | Délivré sous réserve d'accord médical 24h/24 | Délivré sous réserve d'accord médical 24h/24 | Délivré sous réserve d'accord médical 24h/24 |
| Chambre particulière | 50 € | 50 € | 50 € |

Médecine courante

| | | | |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Médecins généralistes | 100% FR max 50€/acte | 90% FR max 45€/acte | 90% FR max 45€/acte |
| Médecins spécifiques | 100% FR max 100€/acte | 90% FR max 90€/acte | 90% FR max 90€/acte |
| Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers et actes de spécialistes | 100% FR | 90% FR | 90% FR |
| Kinésithérapie | 100% FR max 500 €/an | 90% FR max 450 €/an | 90% FR max 450 €/an |

Optique

| | Délai d'attente 6 mois Limite 250 €/an | Délai d'attente 6 mois Limite 150 €/an | Uniquement en cas d'accident |
|---|---|---|---------------------------------|
| Montures et verres | 100% FR | 90% FR | 90% FR |
| Lentilles cornéennes y compris jetables | 100% FR | 90% FR | 90% FR |

Dentaire

| | Limite 2 000 €/an/pers. | Limite 1 800 €/an/pers. | Uniquement en cas d'accident Limite 1 800 €/an/pers. |
|--|-------------------------|-------------------------|--|
| Soins dentaires (délai d'attente de 3 mois) | 100% FR | 90% FR | 90% FR |
| Prothèses et autres prothèses (délai d'attente de 6 mois) | 100% FR | 90% FR | 90% FR |
| - Limite par dent Plafond/an/pers. | 350 € 2 000 € | 320 € 1 800 € | 320 € 1 800 € |

Maternité

| | Délai d'attente de 9 mois | Délai d'attente de 9 mois | |
|--|---|---|---|
| Accouchement (En cas de complications avec césarienne, prise en charge dans le poste Hospitalisation) | 90% FR (max 2 000 €/accouchement classique) | 90% FR (max 1 800 €/accouchement classique) | - |



RISQUES EXCLUS

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

- ® Un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- ® Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire ou d'actes terroristes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie ne prend pas une part active à l'événement, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à l'Association. Celle-ci peut refuser cette modification et résilier son contrat en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'Avenant envoyé par l'Assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus.

PRESTATIONS EXCLUES

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent Contrat, que ce soit remboursé ou non par la Caisse des Français de l'Etranger, sauf stipulation contraire au Certificat d'adhésion ou prestations indiquées au tableau des garanties du contrat comme étant prises en charge :

- ® Les traitements en dehors de la zone géographique de couverture telle que précisée au Certificat d'adhésion, sauf en cas d'urgence,
- ® 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 frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, hôtel, internet),
- ® Les traitements liés à la toxicomanie,
- ® Les cures de désintoxication,
- ® Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
- ® Toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- ® Les vérifications, études, traitements, consultations et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse, sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale,
- ® Toute chirurgie élective/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,
- ® Les traitements et consultations esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
- ® Les cures thermales en dehors du territoire français,
- ® Les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales hors de France,
- ® Les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme même si ce séjour est médicalement prescrit,



- ® Les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence sauf si ce séjour est consécutif à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale grave appréciée par le médecin de l'Assureur,
- ® Les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse, et leurs traitements,
- ® Les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave,
- ® Les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR),
- ® Les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings.

ACCEPTATION PREALABLE

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 :

- l'hospitalisation
- la maternité
- les prothèses dentaires - couronnes - bridges
- la chirurgie dentaire
- l'orthodontie
- les prothèses médicales autres que dentaires
- les séjours en centre médicalisé
- les actes en série suivants dès lors que le nombre de séances est supérieur à 5 tels que notamment, les séances d'auxiliaires médicaux, d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie.

Sauf en cas d'urgence, chaque admission en hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins 2 semaines avant que l'admission ait effectivement lieu.

L'acceptation de l'Assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les 5 jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée et si par la suite le traitement s'avère médicalement nécessaire, et dans ce cas seulement, l'Assureur ne remboursera alors que 80 % des dépenses hospitalières et 50 % du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient du être remboursées.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'urgence telle que définie dans la présente notice. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Assureur dans les 48 heures, ou dès que possible en cas de force majeure. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.



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 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.

FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE

DECLARATION

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

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

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'avèrera 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.

PIECES A FOURNIR

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 destiné à compléter le dossier.



GESTION DES SINISTRES

La gestion des sinistres est assurée par :

Cabinet J.P. LABALETTE
4 5 avenue Montaigne - 75380 Paris Cedex 08
Tél. : +33 (0) 1 40 73 74 10
Fax. : +33 (0) 1 47 23 60 16

Toute demande de remboursement ou de renseignement concernant la couverture santé doit être adressée à J.P. LABALETTE directement.

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 l'Association souscriptrice.

PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

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



Article L.114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

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

Lorsque l'Association souscriptrice ou les Assurés souhaitent obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

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

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes, Case Courrier 1304, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, les Assurés auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

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

Les informations concernant l'Association ou des Assurés sont utilisées pour la gestion des contrats.

L'Association ou les Assurés bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux termes de la Loi 78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans cette notice 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 vingt et un 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.

Délai d'attente

Période pendant laquelle l'événement survenu ne peut donner lieu à indemnisation, même s'il se prolonge au-delà de cette période. Cette période est précisée dans le tableau de garanties.

Frais d'accouchement

Frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « hospitalisation ».

Hôpital

Hôpital médical ou chirurgical légalement et régulièrement agréé dans le pays ou il se trouve et placé sous la direction et le contrôle permanent d'un médecin résident.

Pays d'expatriation

Le pays, hors du pays d'origine, dans lequel l'Assuré exerce une activité professionnelle pour le compte de l'Entreprise.

Pays d'origine

Le pays figurant sur le passeport du bénéficiaire de l'assurance et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur la Demande Individuelle d'Affiliation.

Prothèse dentaire

Soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, 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.

Traitement dentaire d'urgence suite à un accident

Le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

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 et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances. SA au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Paris.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris

Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09