PM – 21/10/06

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE
NOTICE D'INFORMATION REF EQ/AT/0388 - DG
ASSUR-TRAVEL SERENISSIUM N°7163221

Votre adhésion est constituée de la présente Notice d'Information et de votre Certificat d'Adhésion.

A. DISPOSITIONS GENERALES

OBJET DU CONTRAT
ASPI a souscrit auprès de l'assureur EQUITE, ci après dénommée « LA COMPAGNIE » un contrat d'assurance sous le N°7163221.
Ce contrat d'assurance groupe, régi par le Code des Assurances, a pour objet de garantir les adhérents de l'ASPI, ci-après dénommé « adhérent », dans les limites et conditions définies ci-après.

Les garanties et la tarification du présent contrat ayant été établies sur la base des lois et règlements en vigueur au moment de sa conclusion, les parties contractantes conviennent de les réviser, sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat qui formalisera cette révision, les garanties resteront acquises sur la base du contrat en cours.

La gestion est déléguée à GAPI - Gestion des Assurances de personnes à l'international - 58 rue de l'Arcade, 75008 Paris.

CONDITIONS D'ADHESION
•Etre âgé de 65 ans et plus.
•Etre assuré en frais de santé à la Caisse des Français de l'étranger ou tout régime français de Sécurité sociale.
•Etre apte à exercer des fonctions à temps plein.
Si cette dernière condition n'est pas remplie, l'adhésion ne pourra être demandée que 3 mois après la guérison complète.

FORMALITES D'ADHESION
Pour qu'elle soit prise en considération, la demande d'adhésion doit comporter :
•Un bulletin d'adhésion rempli, par lequel le proposant donne son consentement à l'assurance, indique la date d'effet souhaitée pour l'adhésion, les garanties pour lesquelles il désire être assuré. Le proposant peut demander que son conjoint et/ou ses enfants à charges bénéficient de la garantie.
•Un questionnaire médical complété par le médecin traitant pour chacune des personnes à assurer.
•Le règlement intégral de la première cotisation.

LA COMPAGNIE a la faculté de demander, à ses frais, toute justification, visite ou examen complémentaire permettant d'apprécier l'état de santé du proposant ou d'un membre de la famille. Le proposant dispose d'un délai de 45 jours pour lui faire parvenir les pièces complémentaires requises. LA COMPAGNIE peut refuser l'adhésion, l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. Les conditions spécifiques de l'adhésion sont stipulées au certificat d'adhésion.

DELAI DE RENONCIATION
Le proposant qui a signé son bulletin d'adhésion et payé sa première cotisation a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à LA COMPAGNIE par l'intermédiaire de GAPI, dans un délai de 30 jours à compter du paiement de cette cotisation (article L 132-5 du Code des Assurances).
En cas de renonciation pendant les 7 jours qui suivent le paiement de la première cotisation, LA COMPAGNIE s'engage à lui rembourser l'intégralité de cette cotisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.
Passé ce délai de 7 jours LA COMPAGNIE retiendra la portion de cotisation correspondant à la durée de garantie éventuellement accordée.

ADHERENT
Dès son acceptation par LA COMPAGNIE, qui peut être faite à des conditions spéciales, chaque proposant acquiert la qualité d'adhérent. Pour autant que leur adhésion à la garantie Frais de santé ait été demandée par l'adhérent, son conjoint acquière la qualité d'assuré au titre de cette garantie. L'adhérent et l'autre assuré peut donc prétendre au bénéfice des garanties contractuelles, éventuellement réduites par des exclusions ou des limitations de garanties spécifiées sur le certificat d'adhésion.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES
Pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par LA COMPAGNIE, les garanties prennent effet :

Le 1er jour du mois qui suit la réception de l'adhésion ou à la date souhaitée par l'adhérent, au plus tôt le premier jour qui suit la réception de la demande d'adhésion.
Toutefois, tant que l'adhésion n'a pas été acceptée par LA COMPAGNIE, les garanties sont accordées pour les risques d'origine accidentelle à la condition que l'accident soit survenu postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.
Par «accident» il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents, les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

CESSATION DES GARANTIES
L'adhésion est souscrite jusqu'à la fin du trimestre civil qui suit la signature de la demande d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque trimestre par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent ou par LA COMPAGNIE au moins 1 mois avant la fin du trimestre civil en cours.
Elle est résiliée de plein droit dans les cas suivants, les garanties cessant pour l'adhérent :
•le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il cesse d'adhérer,
•en cas de non paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L 140-3 du code des Assurances français.
•à la date de résiliation du contrat d'assurance de groupe conclu entre ASPI et LA COMPAGNIE.

Cas particulier : L'Adhérent regagnant définitivement son pays d'origine doit en informer LA COMPAGNIE par l'intermédiaire de GAPI au moins un mois avant sa date de retour. L'adhésion cessera à la fin du trimestre civil en cours.
Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties.
Dès lors que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les Adhérents.

MODIFICATION DES GARANTIES
A chaque renouvellement, l'Adhérent à la possibilité de modifier les garanties souscrites.

•En cas de diminution des garanties :
Les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du trimestre civil qui suit la demande de modification. Les délais de carence des garanties frais médicaux sont appliqués à partir de la date d'effet des garanties précédentes.

•En cas de majoration des garanties :
L'adhérent doit remplir un nouveau bulletin d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées au § «Formalités d'adhésion». LA COMPAGNIE se réserve la possibilité de refuser les majorations de garanties ou de les accepter avec des restrictions ou avec surprime. Tant qu'il n'a pas fait connaître sa position, l'Adhérent bénéficie des garanties antérieures. Les délais de carence prévus pour les garanties frais de santé sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'effet des nouvelles garanties.

•En cas de changement du pays d'expatriation :
L'adhérent doit informer LA COMPAGNIE par l'intermédiaire de GAPI de son changement de pays d'expatriation au moins un mois avant la date effective du changement. Il peut modifier les garanties souscrites et les adapter au pays de destination. Dans ce cas, les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit la demande de modification. En cas de majoration des garanties, la procédure est la même que celle décrite ci-dessus, à l'exception des délais de carence que LA COMPAGNIE peut être amené à supprimer.

PM – 21/10/06

CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction de la zone de souscription et de l'age de l'assuré.
Les cotisations sont révisées au 1er avril de chaque année par LA COMPAGNIE. L'adhérent est informé des nouvelles cotisations UN MOIS avant le 1er avril.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, dans les 10 jours suivant l'échéance, le règlement est à adresser à GAPI et libellé à son ordre. Elles peuvent également être réglées par prélèvement automatique, effectué par GAPI. .
En cas de non paiement dans le délai prescrit, GAPI adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure qui produit les effets suivants: 40 jours après cet envoi l'adhésion est automatiquement résiliée si le versement n'a pas été effectué dans sa totalité.

CONTROLE DES DEPENSES

LA COMPAGNIE peut demander à l'assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel à la commission médicale.
La COMPAGNIE peut décider de faire examiner l'Adhérent ou l'assuré par un médecin de son choix.
L'adhérent ou l'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit ou indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.

EXCLUSIONS

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires notamment des médicaments incluant ces substances dans des doses non prescrites par un médecin.
- Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool.
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical.
- Les frais liés à un état pathologique ou à des blessures, constitués antérieurement à l'adhésion sauf accord de LA COMPAGNIE.
- Les frais de médecine préventive, à l'exception de ceux pris en charge par la convention.
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et de convalescence lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation médicale.
- Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en établissement de postcure ou établissement assimilé.
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation ou d'éducation professionnelle ou établissement assimilé.
- Les frais de séjour ou de traitement engagés dans un établissement d'hydrothérapie, thermal, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital.
- Les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel.
- Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé.
- Les frais résultant de la participation à des guerres, rixes, émeutes, mouvements populaires, emprisonnement, etc, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
- Les frais résultant de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires.
- Les dépenses relatives aux services ou produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais.
- Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'auraient pas été respectés.
- Les frais non mentionnés dans la présente convention.
- Les soins relatifs aux affections mentionnées sur le certificat d'adhésion,
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- Les cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement,
- Les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie,
- Les soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat.
- Les frais non justifiés médicalement (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique ...),
- Les frais de médecines alternatives (chiropractie, acuponcture, homéopathie, sophrologie etc ...)
- Les frais relatifs a des soins non prescrits ou non effectués par un praticien régulièrement autorisé.
- Les frais relatifs a des actes pour lesquels la demande d'entente préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée.
- Tout frais résultant :

Des conséquences de la désintégration du noyau atomique. De rayonnements ionisants ou d'une contamination par la radioactivité de déchets nucléaires résultant de la combustion de combustible nucléaire ou résultant d'une propriété radioactive, toxique, explosive ou toute autre propriété dangereuse d'un ensemble nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire de cet ensemble.
De la contamination chimique, de la guerre, d'une invasion, de l'acte d'un ennemi étranger, d'hostilités (qu'il y ait ou non- renversement militaire ou un coup d'état ou de la participation déclaration de guerre), d'activités terroristes, d'une guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un à un soulèvement populaire ou à une émeute de toute nature.
De catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême.
Des conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens.

FAUSSE DECLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité du contrat et des causes de réduction des indemnités (articles L113.8 - L113.9 du code des assurances) le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour LA COMPAGNIE, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à LA COMPAGNIE qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages intérêts.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite pour 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les termes des articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'adhérent, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 121-12 du Code des Assurances : LA COMPAGNIE est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'adhérent, contre tout tiers responsable du sinistre.

MEDIATION

Pour toute information relative au contrat ou aux événements qui découlent de son application, il est rappelé que l'interlocuteur privilégié est le gestionnaire, GAPI auprès duquel il convient de s'adresser.
Si un désaccord, subsiste, GAPI indiquera à l'adhérent les modalités de recours gratuit auprès du médiateur. Personnalisé, indépendante de LA COMPAGNIE, le médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les 2 mois à compter du jour où il a été saisi du dossier. Son avis n'engage pas les parties concernées par ledit désaccord, chacune conservant le droit de recouvrir aux juridictions compétentes.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'ACAM, 62 rue de Taitbout, 75009 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTE

L'adhérent et les assurés sont protégés par la loi informatique et Liberté du 6 janvier 1978.
Ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de LA COMPAGNIE, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : GAPI, 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris.

B. DEFINITION DES GARANTIES

ETENDUE GEOGRAPHIQUE

Les garanties sont acquises dans le monde entier.
L'adhérent effectue son choix lors de son admission à l'assurance.

L'adhérent peut modifier son choix au 1er janvier de chaque période, sous réserve que la demande de changement parvienne à la compagnie le premier jour du mois civil précédant ladite période

DELAIS DE CARENCE

Les délais de carence **peuvent être supprimés** si l'adhérent bénéficiait auprès d'un autre assureur de garanties similaires sans interruption de garanties supérieure à 30 jours, et s'il fournit l'attestation de garanties du précédent Assureur : dans ce cas, LA COMPAGNIE pendant le délai de carence, peut limiter ses remboursements au niveau des garanties antérieures lorsque celles-ci sont inférieures.

Le bénéfice des prestations sera effectivement acquis par l'adhérent et ses éventuels bénéficiaires, qu'après expiration des délais de carence variables selon la nature des frais engagés :

- Maladie – soins courants 3 mois
- Hospitalisation 3 mois
- Prothèses dentaires 9 mois
- Prothèses 9 mois
- Optique 9 mois

Le délai de carence de 3 mois pour maladie, soins courants et hospitalisation est supprimé en cas d'accident.

ETENDUE DE LA GARANTIE

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés dans le barème de remboursements ci-après qui concernant des traitements de maladie ou accident :

• ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance en France ou à l'étranger (sous réserve des dispositions prévues au paragraphe qui suit),

• ont été prescrits et/ou pratiqués par des médecins régulièrement autorisés dans des établissements régulièrement autorisés

Conditions de prise en charge :
Lesdits frais médicaux doivent avoir été exposés dans le pays d'expatriation.

Une tolérance sera acceptée pour les soins d'hospitalisation consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée pour les déplacements inférieurs à 30 jours hors de la zone de souscription.

En tout état de cause, toute hospitalisation est subordonnée par la formalité de l'entente préalable telle que définie dans l'article « Entente Préalable » ci-après.

Les garanties pour une affection seront limitées au coût moyen en vigueur dans le pays d'accueil. Tout contrôle pourra être exercé par LA COMPAGNIE.

LES FRAIS PRESENTANT UN CARACTERE MANIFESTEMENT DERAISONNABLE OU INHABITUEL PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

LISTE DES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE

Hospitalisation

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont définis ci-après. Ils doivent être exposés au cours d'une hospitalisation d'au moins 24 heures (ou de moins de 24 heures dans le seul cas d'une intervention chirurgicale) :

- le séjour à l'hôpital en chambre à un seul lit,
- les repas,
- toutes installations médicales hospitalières,
- le traitement et les services médicaux prescrits par un médecin en cas d'hospitalisation ou d'admission dans un hôpital de jour, notamment les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste, les honoraires du médecin, les consultations, les procédures de diagnostics vaccinations et les médicaments prescrits par ordonnance,
- le séjour dans un service de réanimation en cas de nécessité médicale,
- la chirurgie dans un hôpital de jour,
- durant les trois mois suivant immédiatement la sortie d'hôpital du bénéficiaire, le traitement post-hospitalier au titre de soins externes, dispensé ou prescrit par son médecin traitant et résultant directement de l'hospitalisation du bénéficiaire.

Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation.

Médecine ambulatoire courante

Les frais ouvrant droit à prestations sont ceux définis ci-après :

- Consultations
- Petits actes de chirurgie,
- Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes orthophonistes, orthoptistes, etc)
- Actes de biologie médicale,
- Actes de radiologie,
- Frais pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin ou chirurgien qualifié, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie,
- Vaccins

Optique

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

- Consultations et visites d'ophtalmologistes,
- Verres,
- Montures,
- Lentilles de contact.

Actes dentaires

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

- Consultations et visites de dentistes,
- Soins dentaires (soins conservateurs, soins chirurgicaux, détartrage, polissage, techniques de conservation, soulagement de la douleur, obturations simples, radiographies ou scanners),
- Prothèses dentaires (rétablissement de la fonction masticatoire, prothèses dentaires et pose de nouvelles prothèses, couronnes, bridges).
- Interventions et traitements parodontaux.

Prothèses médicales d'appareillage

Les frais ouvrant droit à prestation sont les :

- Orthèses,
- Appareils de surdité,
- Prothèses orthopédiques,
- Prothèses non orthopédiques non dentaires,
- Matériels et appareillage.

ENTENTE PREALABLE

HOSPITALISATION

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 jours avant l'hospitalisation, la demande d'entente préalable détaillée, emplie et signée par le praticien.

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée dans les 3 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 10 jours, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 10 jours. Elle doit parvenir à la Commission Médicale dans les 3 derniers jours de la dernière période autorisée.

En l'absence d'entente préalable et de non respect de la procédure d'avance de frais, les remboursements seront limités à 100 % des tarifs des hôpitaux de l'Assistance publique française

MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE

Les actes médicaux en série dès lors que le nombre est supérieur à neuf, sont soumis à la formalité de l'entente préalable.
Les actes de biologie médicale de radiologie sont soumis à la formalité d'entente préalable, dés lors que ces actes sont supérieurs à 150 euros.

PM – 21/10/06

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur.

Le malade doit faire parvenir à la Commission médicale, au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes, la demande d'entente préalable détaillée, remplie et signée par le praticien.

ACTES DENTAIRES

Sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

- Les inlays core ou faux moignons,
- Les inlays, onlays,
- Les traitements parodontaux,
- Les prothèses dentaires (y compris les couronnes provisoires),

Le malade doit faire parvenir à la Commission médicale, au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes, la demande d'entente préalable détaillée, remplie et signée par le praticien.

S'agissant de prothèses dentaires, lorsque plus de deux dents sont concernées, la demande d'entente préalable doit être accompagnée, le cas échéant, d'une radiographie panoramique.

LES AUTRES PROTHESES MEDICALES

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, 10 jours avant le début de l'exécution des actes, une demande d'entente préalable détaillée, remplie et signée par le praticien.

Après accord de la compagnie, l'Adhérent dispose d'un délai de trois mois pour entamer les soins ou le traitement. Passé ce délai, l'accord est réputé caduque.

En l'absence d'entente préalable, les frais ne sont pas remboursés.

Commission médicale :
GAPI - Commission médicale
58 rue de l'Arcade - 75008 PARIS

C. LE SINISTRE

PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

POUR LA MALADIE ET L'ACCIDENT

Sous réserve des dispositions applicables en matière d'hospitalisation en cas de prise en charge directe telle que prévue par la présente convention, l'adhérent doit transmettre toutes pièces justificatives originales visées ci-après qui seront conservées par LA COMPAGNIE :

• Frais exposés dans le pays d'expatriation

- le formulaire de DEMANDE DE REMBOURSEMENT dûment complété,
- l'original de la PRESCRIPTION MEDICALE,
- l'original de la FACTURE détaillée et acquittée,

• Frais exposés en France

- la FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité sociale dûment complétée,
- l'original de la PRESCRIPTION MEDICALE,
- l'original de la FACTURE détaillée et acquittée,

• Frais exposés dans un pays tiers

- les pièces telles que visées pour les frais exposés dans le pays d'expatriation,
- toute pièce apportant la preuve que les frais médicaux exposés entrent bien dans l'étendue de la garantie.

. Les demandes de remboursement doivent, SOUS PEINE DE DECHEANCE et sauf cas de force majeure, être adressées dans les DOUZE MOIS suivant la date des soins.

OBSERVATION SUR LES PIECES A FOURNIR

Lorsqu'il est fait référence à la facture, celle-ci doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'eux et la date à laquelle il a été effectué.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité des bénéficiaires de l'adhérent, peut être demandé par LA COMPAGNIE.

LA COMPAGNIE se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués.

ARBRITAGE

Tous les litiges auxquels le présent contrat pourra donner lieu, seront résolus par voie d'arbitrage. Chacune des parties nomme un arbitre et les 2 arbitres réunis nomment le troisième. Faute par l'une des parties de nommer son arbitre dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'une ou l'autre des parties de la mise en œuvre de la clause d'arbitrage, ou par les 2 arbitres de s'entendre sur la nomination du troisième dans un délai égal, il y sera pourvu par le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé sur l'assignation de la partie la plus diligente. Les arbitres sont dispensés de suivre les formes habituelles de la procédure, et décident en dernier ressort : la sentence arbitrale est exécutoire et définitive. Elle doit être prononcée dans un délai de 6 mois à compter de la constitution du tribunal arbitral. Pour les frais d'arbitrage, les parties se soumettent également à la décision des arbitres.

ASPI :
ASSOCIATION SANTE PREVOYANCE INTERNATIONALE
Siège social : 5 allée Lavoisier – 59650 Villeneuve d'Ascq

ARTAS :
Entreprise d'assurance agrée sur le n° de code 0847
Siège social : 52 TORHOUTSESTEENWEG – 8400 Ostende– Belgique

ASSUR-TRAVEL :
SARL au capital de 7600 € - 451 947 378 R.C.S. Roubaix Tourcoing
Siret 451 947 378 000 19
Siège social : 49 Boulevard de Strasbourg – 59000 Lille

GAPI :
SARL au capital de 5000 € - 490 676 228 RCS Paris
Siège social : 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris

ASSURANCES SANS FRONTIERES
SARL au capital de 45000 euros. - 451 947 378 000 RCS Cannes
Siège social : 500 BD Lord Brougham- 06400 Cannes

BAREME DE REMBOURSEMENT CORRESPONDANT AUX GARANTIES CHOISIES ET ACCEPTEES FIGURANT SUR LE CERTIFICAT D'ADHESION

Les prestations ci-après sont limitées à la différence entre les frais réellement exposés et les prestations correspondantes de tout organisme dont pourrait relever l'intéressé avec un maximum de 150 000 € par an et par bénéficiaire

ACTES	SERENISSIUM
Hospitalisation	
Hospitalisation* médicale ou chirurgicale	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Chambre particulière	Maxi de 40 Euros par jour
Transport en ambulance	100 % des frais réels en cas d'hospitalisation
Médecine ambulatoire courante	
Consultation Généraliste	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Consultation Spécialiste	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Actes d'auxiliaires médicaux*	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Actes de biologie médicale**	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Actes de radiologie**	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Frais pharmaceutiques (médicaments remboursés par la CFE)	100 % des frais réels
Optique	
Verres + Monture	Maxi de 290 Euros par an Monture : 90€ Verres : 75 € par verre
Lentille (jetables comprises)	Maxi de 185 Euros par an
Dentaire	Maxi 2 fois le remboursement CFE
Soins et prothèses dentaires*	maxi de 330 Euros par dent si refus CFE Maxi de 780 € la 1ere année Maxi de 2000 € la 2ème année
Prothèses médicales d'appareillage sur devis*	Maxi 2 fois le remboursement CFE

* Après entente préalable

** Après entente préalable pour les actes d'un montant supérieur à 150 Euros

Les limites s'entendent pour l'ensemble des prestations reçues par l'intéressé, y compris celles des autres organismes dont il pourrait relever.