

RÉGIME D'ASSURANCE ÉGIDE

Conditions générales

I. CHAMP D'APPLICATION ET PRESTATIONS

Article 1 – Ouverture des droits

Les bénéficiaires d'une aide à la mobilité internationale gérée par EGIDE, séjournant sur le territoire métropolitain français qui ne bénéficient ni d'un autre régime obligatoire ni d'une assurance volontaire souscrite par leurs soins, relèvent obligatoirement du régime d'assurance ÉGIDE.

L'affiliation au régime d'assurance ÉGIDE peut être ouverte à des bénéficiaires d'une aide à la mobilité internationale gérée par ÉGIDE pour un déplacement ou pour un séjour dans les départements et territoires d'Outre-mer ou dans un pays étranger.

Les personnes couvertes par ce régime, l'organisme gestionnaire, ainsi que l'étendue territoriale, la date de prise d'effet, la durée et le montant de la garantie sont précisés aux conditions particulières.

Le bénéfice du régime est suspendu lorsque l'affilié quitte provisoirement et sans l'autorisation écrite d'EGIDE, le territoire pour lequel l'affiliation est accordée, spécifié dans les conditions particulières ; il est supprimé lorsque l'affilié le quitte définitivement.

Article 2 – Prestations garanties

Le régime d'assurance couvre, selon les stipulations figurant aux conditions particulières :

- 1) le remboursement partiel ou total des dépenses de santé,
- 2) les transports sanitaires et/ou le rapatriement dans le pays d'origine, en cas de maladie, d'accident ou de décès,
- 3) la responsabilité civile de l'affilié,
- 4) l'assistance juridique,
- 5) les frais de maternité,
- 6) le versement d'un capital, dans le cas d'invalidité résultant de maladie ou d'accident,
- 7) le versement d'une indemnité en cas de décès, à la personne désignée par l'affilié lors de sa prise en charge par EGIDE ou, à défaut, aux ayants droit.

Sous réserve des exclusions qui figurent aux articles 10, 17 et 18 des présentes conditions générales, l'affilié est couvert des risques ci-dessus mentionnés pendant la période fixée aux conditions particulières.

Les conditions de la présente assurance sont définies en fonction de la législation sociale française en vigueur à la date d'effet de l'affiliation ; en cas de modification de cette législation de nature à remettre en cause la portée des engagements souscrits dans ce cadre, EGIDE se réserve le droit de revoir ces conditions.

II. DEPENSES DE SANTE

Article 3 – Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques

3.1. Modalités de prise en charge

Les frais d'actes de médecine courante (consultations et visites médicales), d'actes de spécialités, de chirurgie, d'actes paramédicaux, de pharmacie et d'analyses doivent être acquittés par l'intéressé, l'organisme gestionnaire n'intervenant pas en tant que « tiers-payant », sauf exception et sur son accord préalable.

3.2. Demande d'entente préalable

Lorsque l'ensemble des frais pour une même affection dépasse le montant spécifié aux conditions particulières, une demande d'accord préalable doit être formulée par l'intéressé auprès de l'organisme gestionnaire, accompagnée de l'ordonnance et d'un devis.

A défaut d'accord exprès notifié par écrit à l'affilié par l'organisme gestionnaire, les frais ne sont pas remboursés.

3.3. Conditions de règlement

Sauf modalités spécifiques précisées aux conditions particulières, les dépenses effectuées par les intéressés leur sont remboursées au taux prévu par les conditions particulières, et pour un traitement d'une durée maximum d'un mois, sur présentation

- de la feuille de soins dûment complétée par les intéressés et sur laquelle le médecin ou l'auxiliaire médical aura mentionné les noms et prénoms du malade ou, à défaut, d'une note d'honoraires codifiée et chiffrée,
- de l'ordonnance justifiant des frais de pharmacie, de radiologie, d'analyses, de traitements divers,
- des formulaires de facturation de pharmacie assortis impérativement des vignettes correspondantes ou de la justification de toute autre dépense au moyen de factures.

Lorsque le traitement a été ordonné par le médecin pour une durée supérieure à un mois, le remboursement des frais médicaux est effectué mois par mois à réception des justificatifs.

Article 4 – Hospitalisation chirurgicale ou médicale

4.1. Modalités de prise en charge

L'organisme gestionnaire n'accorde de prise en charge que pour les établissements hospitaliers ou les cliniques conventionnés par la Sécurité sociale française, ou agréés par l'organisme gestionnaire lors de la procédure d'entente préalable dans les pays étrangers, département et territoires d'Outre-mer mentionnés aux conditions particulières.

4.2. Demande d'entente préalable

Sauf modalités spécifiques précisées aux conditions particulières, toute hospitalisation doit faire l'objet, par le bénéficiaire concerné, d'une demande d'entente préalable, assortie du diagnostic médical adressée, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'organisme gestionnaire, 10 jours au moins avant la date d'admission.

En cas d'urgence, la demande doit être transmise à l'organisme gestionnaire dans un délai de 48 heures suivant l'hospitalisation.

Après examen du dossier par le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire au regard des dispositions générales et des conditions particulières et, notamment, de celles relatives aux exclusions, l'accord ou le refus est signifié à l'établissement demandeur ainsi qu'à l'intéressé.

4.3. Conditions de règlement

En cas d'accord, l'organisme gestionnaire, sur présentation de la facture correspondant à la prise en charge, règle les frais d'hospitalisation ainsi que le forfait journalier au taux figurant aux conditions particulières, sous réserve, le cas échéant, d'une durée minimum d'hospitalisation visée aux conditions particulières.

Les suppléments et autres prestations, téléphone, télévision, chambre particulière, dépassement d'honoraires, sont à la charge de l'intéressé.

Article 5 – Soins dentaires

5.1. Modalités de prise en charge

Les soins dentaires ne donnent lieu à remboursement que s'il en est expressément fait mention aux conditions particulières.

Toutefois, pour les affiliés qui n'en bénéficient pas, et seulement dans un cas d'urgence dûment attesté par un certificat du praticien, les soins dentaires peuvent être remboursés.

5.2. Demande d'entente préalable

En cas de prise en charge, si le montant des soins dépasse celui fixé aux conditions particulières, ceux-ci doivent faire l'objet, par le praticien concerné, d'une demande d'entente préalable, assortie du diagnostic, adressée sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'organisme gestionnaire, dix jours au moins avant la date des soins.

5.3. Conditions de règlement

Ces soins sont remboursables au taux prévu par les conditions particulières, sur présentation des feuilles de soins codifiées.

Article 6 – Prothèses dentaires

En cas d'accident, les prothèses dentaires, exclues de la garantie conformément à l'article 10 des présentes conditions générales, peuvent cependant donner lieu à dérogation sur présentation préalable d'une déclaration d'accident et d'un devis comportant les cotations de la Sécurité sociale (sauf devis établi hors France). Cette dérogation est à l'appréciation exclusive du médecin-conseil de l'organisme gestionnaire et nécessite l'accord préalable et écrit de l'organisme gestionnaire.

En cas d'accord, le remboursement en est effectué sur présentation de la facture acquittée, assortie de l'ordonnance correspondante, au taux prévu par les conditions particulières.

Article 7 – Frais d'optique

La prise en charge des frais d'optique exclue de la garantie par l'article 10, s'effectue à titre exceptionnel dans le cadre de la procédure dérogatoire fixée aux conditions particulières.

En cas d'accord, le remboursement est opéré sur présentation de la facture acquittée, assortie de l'ordonnance correspondante, dans la limite du montant fixé aux conditions particulières.

Article 8 – Maternité

8.1. Bénéficiaires

La garantie maternité ne s'applique aux affiliées que s'il en est expressément fait mention aux conditions particulières.

8.2. Prise en charge

Les modalités de prise en charge, demande d'entente préalable et conditions de règlement sont les mêmes qu'en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale, telles que décrites à l'article 4 des présentes conditions générales.

La garantie maternité ne couvre pas les dépenses afférentes à l'enfant.

Article 9 – Accidents

9.1. Déclaration

Tout accident doit faire l'objet d'une déclaration adressée dans les 48 heures à l'organisme gestionnaire ou à son correspondant habilité désignés dans les conditions particulières, comportant soit un rapport circonstancié, soit un constat amiable, soit un procès-verbal établi par la police ou la gendarmerie ou tout autre service officiel, mentionnant notamment l'identité et l'adresse des témoins éventuels.

9.2. Dans la mesure où l'accident est reconnu comme tel par l'organisme gestionnaire, les frais afférents sont pris en charge au taux figurant dans les conditions particulières, sur présentation des justificatifs et, exclusivement durant la période du régime d'assurance ÉGIDE.

Aucun frais n'est susceptible d'être pris en charge après la fin de cette période.

9.3. Subrogation

Lorsqu'un accident est dû à un tiers, l'organisme gestionnaire est subrogé de plein droit à la victime dans son action contre le tiers responsable, notamment en matière de recouvrement des dépenses engagées à l'occasion de l'accident.

Article 10 – Exclusions et refus de remboursement

10.1. Exclusions

Sont exclus de la garantie afférente aux dépenses de santé, les frais de : vaccins, prothèses dentaires (sauf dérogation en application de l'article 6), prothèses diverses, lunettes et verres de contact (sauf dérogation prévue à l'article 7), podologie, pédicurie, traitements et chirurgie esthétiques, orthodontie, orthoptie, orthophonie, cures (thermales, de repos, d'amaigrissement, de rajeunissement), bilans de santé, d'investigation et de traitement de la stérilité, psychanalyse et psychothérapie.

10.2. Refus de remboursement

Lorsque les procédures d'accord ou d'entente préalable ne sont pas respectées, l'organisme gestionnaire se réserve le droit de refuser tout remboursement ou toute prise en charge.

III. TRANSPORTS ET RAPATRIEMENT SANITAIRES

Article 11 – Transports

11.1. Modalités de prise en charge

Tout soin doit être prodigué dans un établissement adapté – hôpital ou clinique conventionnée – le plus proche du lieu de résidence ou de formation.

Les frais de déplacement en ambulance ou taxi, préalablement acquittés par l'affilié, sont remboursés conformément au taux fixé aux conditions particulières sur présentation du titre de transport ou d'une facture, appuyés d'une prescription médicale.

11.2. Accord préalable

Toute autre dépense de transport, pour des raisons de santé, doit faire l'objet d'un accord préalable de l'organisme gestionnaire.

Article 12 – Rapatriement sanitaire

Quelle que soit la cause de la demande, maladie ou accident, et sous réserve des exclusions énumérées à l'article 17, la mise en œuvre du rapatriement sanitaire vers le pays d'origine est opérée, après accord de l'organisme gestionnaire, selon les modalités définies par son médecin-conseil. Les frais afférents sont alors pris en charge.

En cas de refus de rapatriement, les garanties relevant du présent régime d'assurance s'éteignent à l'égard de l'affilié

IV. INVALIDITE - DECES

Article 13 – Invalidité permanente

13.1. Bénéficiaires

La garantie invalidité permanente ne s'applique aux affiliés que s'il en est expressément fait mention aux conditions particulières.

13.2. Modalités de prise en charge

En cas d'invalidité permanente résultant d'une maladie contractée au cours du séjour ouvrant droit au régime d'assurance ÉGIDE, ou d'un accident survenu durant la période d'affiliation, et dûment reconnu, dans les deux cas, par l'organisme gestionnaire, l'intéressé peut percevoir une indemnité forfaitaire proportionnelle au taux d'incapacité fonctionnelle reconnue par le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire.

Cette indemnité est calculée sur la base telle que définie aux conditions particulières, pour une invalidité permanente de 100 %.

Toutefois, ces prestations ne sont versées que si le taux d'invalidité est supérieur à 10 % en cas d'accident, à 33 % en cas de maladie.

13.3. Règlement

L'indemnité est payable :

- à la date du rapatriement du bénéficiaire, si la consolidation est antérieure,
- à la date de la fixation du taux d'invalidité permanente lorsque la consolidation est postérieure au rapatriement du bénéficiaire. Dans ce cas, et sauf autres modalités précisées aux conditions particulières, l'intéressé est tenu de subir, avant le départ, une visite médicale de contrôle chez le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire ou chez le médecin habilité par le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire, hors France métropolitaine.

Le taux d'invalidité permanente est ensuite proposé par un médecin habilité par le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire et définitivement fixé par le médecin-conseil de l'organisme gestionnaire.

A compter de la fixation du taux d'invalidité permanente, l'intéressé ne peut prétendre à aucun complément d'indemnité en cas d'aggravation ou de récurrence.

13.4. Refus d'indemnité

L'indemnisation peut être refusée ou diminuée, si l'invalidité survient à la suite d'une faute grave de l'intéressé.

Elle ne se cumule pas avec l'indemnité obtenue par la mise en jeu des responsabilités à l'origine de l'invalidité.

Article 14 – Décès

14.1. Bénéficiaires

La garantie décès ne s'applique aux affiliés que s'il en est expressément fait mention aux conditions particulières.

14.2. Garantie décès

La garantie décès s'applique en cas de :

- décès par accident, à compter de la date d'arrivée en France métropolitaine, dans les départements ou territoires d'Outre-mer ou dans le pays étranger d'affectation, sous réserve que celle-ci corresponde à la date de prise d'effet de l'affiliation,
- décès par maladie, à condition que cette maladie ne soit pas antérieure à la date d'affiliation.

14.3. Etendue de la garantie

Cette garantie comporte :

- les frais de rapatriement du corps jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu de l'inhumation, ou les frais d'obsèques si celles-ci ont lieu en France métropolitaine, dans les départements ou territoires d'Outre-mer ou dans le pays étranger d'affectation,
- une indemnité versée à la personne désignée par l'affilié, à la date de son affiliation, ou à défaut aux ayant droit, le montant étant défini aux conditions particulières.

14.4. Refus d'indemnité

Cette indemnité est refusée dans le cas d'un accident automobile engageant l'entière responsabilité de l'affilié, ou si la mort résulte d'un acte volontaire de ce dernier.

Elle ne se cumule pas avec l'indemnité obtenue par la mise en jeu des responsabilités à l'origine du décès. Toutefois, si l'indemnité octroyée est inférieure à celle garantie aux conditions particulières, l'organisme gestionnaire assure le règlement de la différence.

V. RESPONSABILITE CIVILE – ASSISTANCE JURIDIQUE

Article 15 – Responsabilité civile

15.1. Champ d'application

La garantie Responsabilité civile s'applique à tout accident ou à tout sinistre survenu pendant la durée de l'affiliation et mettant en cause la responsabilité de l'intéressé à l'égard des tiers, personnes physiques ou morales, sous réserve des exclusions énoncées aux articles 17 et 18 ci-après

15.2. Mise en oeuvre de la garantie

La garantie est mise en œuvre sur la base d'une déclaration de l'affilié ou du tiers en cause adressée à l'organisme gestionnaire ou à son correspondant habilité désignés dans les conditions particulières, dans les 48 heures suivant l'accident ou le sinistre.

Toute déclaration reçue hors délai peut être refusée.

Elle constitue le point de départ de l'enquête de responsabilité.

La déclaration doit comporter un compte rendu détaillé des circonstances de l'accident précisant les nom, prénom et adresse des témoins éventuels et les constats ou procès-verbaux établis par la Police, la Gendarmerie ou tout autre service officiel.

15.3. Montant de la garantie

Lorsque la responsabilité civile de l'affilié est reconnue par l'organisme gestionnaire, déduction faite des éventuels frais de procès, des frais de quittance et autres frais de règlement et sous réserve de l'éventuelle franchise restant à la charge de l'affilié, mentionnée aux conditions particulières, il est procédé au remboursement sur la base des montants suivants :

- dommages corporels : selon taux figurant aux conditions particulières,
- dommages matériels : dans la limite du taux figurant aux conditions particulières,
- dommages exceptionnels : dans la limite du taux figurant aux conditions particulières, par sinistre, quel que soit le nombre de victimes pour les dommages résultant :

- * de l'action du feu, de l'eau, du gaz, de l'électricité, dans toutes leurs manifestations,

- * d'explosions,

- * de pollution de l'atmosphère ou des eaux, ou celle transmise par le sol,

- * de l'effondrement d'ouvrages ou de constructions à caractère permanent ou provisoire,

- * d'intoxication alimentaire.

Article 16 – Assistance juridique

Les frais d'assistance juridique et de procédure sont pris en charge, à la demande de l'affilié, à concurrence du montant fixé aux conditions particulières par affaire, dans le cas d'un accident survenu en cours de séjour, déclaré et reconnu comme tel par l'organisme gestionnaire.

VI. EXCLUSIONS - DELAIS DE PRESCRIPTION - DROIT APPLICABLE**Article 17 – Exclusions générales**

Sont exclues de toute garantie au titre du présent régime d'assurance ÉGIDE les suites et conséquences :

- directes ou indirectes des faits intentionnels de l'affilié, du suicide ou de la tentative de suicide, des faits de guerre, de terrorisme, de la participation à des émeutes, mouvements populaires ou actions de lock-out, des paris, duels, crimes, rixes (sauf en cas de légitime défense),
- de l'alcoolisme, de l'ivresse, des stupéfiants et traitements non prescrits par une autorité médicale,
- de la pratique de la chasse et de la participation à toute compétition sportive, aux matchs, concours et entraînements à titre professionnel ou amateur, de même que les conséquences de la pratique du sport nécessitant l'utilisation d'engins à moteur (terre, mer, air) ou à voile de plus de 5,50 m. ou volants (y compris parachute et deltaplane) ou présentant des caractéristiques dangereuses telles que : alpinisme, escalade, varappe, ski, spéléologie, saut à l'élastique, plongée sous-marine, équitation, voile, sports de combat et arts martiaux, sauf lorsque ces activités ont été organisées par EGIDE ou par l'organisme d'accueil, à la condition que leur couverture ait été formellement acceptée par écrit par EGIDE.
- de la conduite automobile de véhicules à moteur et de tous appareils qui y sont attelés ou aéronef, non autorisée par EGIDE,
- des maladies et accidents survenus durant les déplacements et les voyages hors France métropolitaine, non autorisés par EGIDE,
- de maladies, accidents, affections, malformations, antérieurs à la date d'affiliation,
- des effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique et/ou des cataclysmes.

Article 18 – Exclusions de la garantie Responsabilité civile - Assistance juridique

Sont exclus de la garantie Responsabilité civile – Assistance juridique :

- les dommages résultant de toutes activités exercées à titre onéreux par l'assuré,
- les dommages subis par tous biens ou animaux vendus par l'assuré ou dont l'assuré est propriétaire, locataire, dépositaire, gardien et plus généralement possesseur à quelque titre que ce soit,
- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles l'assuré est tenu en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la responsabilité civile,
- les dommages résultant de la pratique de sports aériens ; de la pratique de la chasse,

- les dommages dus à des faits de guerre étrangère, de guerre civile, à des grèves, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées,
- les dommages matériels et immatériels survenus dans les locaux dont le boursier est propriétaire, locataire ou occupant à un titre quelconque, étant précisé qu'il doit alors obligatoirement souscrire une assurance personnelle multirisques habitation incluant la responsabilité civile du fait de son logement,
- les dommages ou l'aggravation des dommages causés par :
 - * l'atome, tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire,
 - * des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de ou trouvent leur origine dans la fourniture de biens ou de services concernant une installation nucléaire à l'étranger ou frappant directement une installation nucléaire,
 - * toute installation de rayonnements ionisants (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont le boursier ou toute autre personne dont il répond a la propriété, la garde ou l'usage.
- les dommages causés par
 - * les appareils de navigation aérienne, les bateaux à voile de plus de 5,50 m, ainsi que les bateaux à moteur d'une puissance réelle supérieure à 5 cv,
 - * les véhicules terrestres à moteur ainsi que les remorques, caravanes et autres appareils terrestres lorsqu'ils sont attelés à ces véhicules dont l'assuré ou les personnes dont il est civilement responsable, a la propriété, la conduite ou la garde.
- les dommages causés par les animaux autres que chiens, chats, animaux de basse-cour et autres animaux domestiques, les chevaux dont le boursier n'est ni propriétaire, ni gardien à titre permanent,
- les dommages immatériels non consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti,
- les dommages causés directement ou indirectement par l'amiante ou ses dérivés,
- les dommages résultant de la production par tout appareil ou équipement de champs électriques ou magnétiques ou de rayonnements électromagnétiques,
- les dommages de toute nature qui résulteraient dans leur origine ou leur étendue des effets d'un virus informatique, c'est à dire d'un programme ou d'un ensemble de programmes informatiques conçu pour porter atteinte à l'intégrité, la disponibilité ou la confidentialité des logiciels, progiciels, systèmes d'exploitation, données et matériels informatiques et pour se disséminer sur d'autres installations,

- les dommages occasionnés par la guerre étrangère ou la guerre civile, par les émeutes ou mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage, la grève et le lock out,
- les dommages résultant du non-respect des dispositions du Code du travail prévues aux articles L 122-45 à L 122-45-3 (discriminations), L 122-46 à L 122-54 (harcèlements), L 123-1 à L 123-7 (égalité professionnelle entre les femmes et les hommes),
- les dommages causés directement ou indirectement par le plomb et ses dérivés, les moisissures toxiques, le formaldéhyde,
- les dommages résultant de l'utilisation ou de la dissémination d'organismes génétiquement modifiés (visés par la loi n°92-654 du 13 juillet 1992 ou des textes qui pourraient lui être substitués ainsi que ceux pris pour son application) ou résultant de la mise sur le marché de produits composés en tout ou partie d'organismes génétiquement modifiés,
- les dommages résultant des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles,
- les dommages causés directement ou indirectement par les polluants organiques persistants suivants : aldrine, chlordane, DDT, dioxines, dieldrine, endrine, furanes, heptachlore, hexachlorobenzène, mirex, polychlorobiphényles (PCB), toxaphène,
- les dommages causés directement ou indirectement par la méthyltertiobutyléther (MTBE),
- les dommages découlant de la fourniture de produits d'origine humaine ou de produits de biosynthèse dérivant directement de produits d'origine humaine destinés à des opérations thérapeutiques ou diagnostiqués sur l'être humain,
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité personnelle des dirigeants pris en leur qualité de mandataires sociaux selon les termes de la loi du 27 juillet 1966 et des textes subséquents,
- les dommages de la nature de ceux qui, en droit français, engagent la responsabilité des constructeurs, fabricants ou assimilés en vertu des articles 1792 et suivants du Code civil,
- le remboursement du prix des produits, travaux ou prestations défectueux que l'assuré a livrés ou exécutés ; le coût de leur remplacement, réparation, mise au point, parachèvement,
- les dommages de pollution non accidentelle ainsi que les sites exploités par l'assuré soumis à autorisation.

Article 19 – Délais de prescription

L'action de l'affilié pour le remboursement des prestations couvertes par le régime d'assurance ÉGIDE au titre des dépenses de santé se prescrit par 2 (DEUX) ans à compter de la date des soins effectués pendant la période de couverture.

L'action de l'affilié en paiement des frais et/ou indemnités allouées au titre des autres garanties couvertes par le régime d'assurance ÉGIDE se prescrit par 2 (DEUX) ans à compter de la survenance du risque (accident ou sinistre, maladie, décès).

Article 20 – Droit applicable aux litiges

Les présentes conditions générales, comme les conditions particulières qui y sont annexées, sont soumises au droit français. Elles sont rédigées en langue française. Dans le cas où elles seraient traduites en une ou plusieurs langues étrangères, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

Tous les litiges auxquels les dispositions des présentes conditions générales comme des conditions particulières pourraient donner lieu, concernant notamment leur validité, leur interprétation, leur exécution ou leur résiliation seront soumis aux tribunaux français compétents, dans les conditions de droit commun.