

ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Régime E, F, ENP Notice d'information

En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association :

- *Après de MGEN, 3-7 square Max-Hymans – 75 748 PARIS Cedex 15, immatriculation SIREN 775 685 399, et MGEN Vie, 3-7 square Max-Hymans – 75 748 PARIS Cedex 15, immatriculation SIREN 441 922 002, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, sous le numéro de contrat MGENIB1100006SNP pour les garanties Frais Médicaux et Décès,*
- *Après d'Allianz IARD (Société Anonyme au capital de 991.967.200 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 1 cours Michelet, CS 30051 – 92076 Paris La défense Cedex, France, immatriculation 542 110 291 RCS Nanterre), sous le contrat numéro 78 299 288 pour les garanties Assistance et Responsabilité Civile.*

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

Sommaire

1/ Généralités.....	2
2/ Définitions	3
3/ Garanties et prestations frais médicaux et prévoyance.....	5
4/ Garanties assistance	7
5/ Garantie responsabilité civile.....	8
6/ Risques exclus pour toutes les garanties.....	9
7/ Base du contrat d'assurance.....	10
8/ Médiation.....	13
9/ Tableau des montants de garanties	16
10/ Formulaire de demande de remboursement de frais médicaux	17

1/ Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles les personnes étrangères suivantes, membres de l'Association pour la Mobilité Internationale et résidentes en France métropolitaine :

- les étudiants étrangers âgés de plus de 39 ans et de moins de 60 ans,
- les personnes étrangères non étudiantes de moins de 79 ans (les personnes entre 60 et 78 ans ne peuvent souscrire que l'option E (NP)).

Le proposant doit, au moment de son affiliation, remplir et signer les documents d'affiliation, incluant une déclaration d'état de santé et sur lesquels figurent l'option choisie et le montant des cotisations. Le choix de la formule ne peut être modifié durant la période de couverture.

Le proposant doit régler la totalité de la période d'assurance au moment de l'adhésion.

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

Le proposant prend la qualité d'« Adhérent » une fois admis à l'assurance.

Effet des garanties

L'adhésion est effective pour chacun des bénéficiaires dès l'acceptation de l'Assureur et le paiement de la cotisation.

Toutefois les délais d'attente suivants s'appliquent :

- Frais médicaux consécutifs à une maladie (hors hospitalisation) : 8 jours à compter la prise d'effet de l'adhésion.
- Frais médicaux relatifs à une hospitalisation : 45 jours à compter la prise d'effet de l'adhésion pour les adhésions d'une durée de 7 à 12 mois, 30 jours pour les adhésions d'une durée de 4 à 6 mois et 8 jours pour les adhésions de 1 à 3 mois.

Toute maladie découverte pendant ces délais ne pourra être prise en charge.

- Les dépenses relatives à la contraception, l'IVG, la grossesse et la maternité ne sont prises en charge qu'après 12 mois d'affiliation continue.

En cas de renouvellement du contrat, si la nouvelle affiliation s'effectue dans un délai de 8 jours après la date d'expiration de la dernière adhésion, les délais d'attente sont annulés (sauf en cas d'augmentation de garanties).

Il n'y a pas de délai d'attente pour les frais médicaux consécutifs à un accident (voir définitions).

Renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à ACS, 153 rue de l'Université 75007 Paris. ACS lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée. Si l'Adhérent demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de renonciation, le droit de renonciation n'est plus applicable.

Durée des garanties

Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, l'Adhérent 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 Adhérent :

- lors de son rapatriement dans son pays d'origine,
- le dernier jour de sa période d'adhésion, date à laquelle il n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,
- en cas de liquidation judiciaire de l'Assureur ou de dissolution de l'Association souscriptrice.

Pour la totalité des Adhérents :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat MGENIB1100006SNP souscrit entre l'Association pour la Mobilité Internationale et MGEN et MGEN Vie,
- à la date de résiliation du contrat n°78 299 288 conclu entre l'Association pour la Mobilité Internationale et Allianz IARD.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations, au terme de la période d'assurance souscrite, pour tous les actes et soins intervenus même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant la date de fin du contrat.

Modification ou annulation du contrat

Toute modification ou annulation du contrat ne pourra être acceptée qu'une seule fois, et à la condition d'être demandée avant la date d'effet de celui-ci. En cas d'annulation, le contrat ne pourra être remboursé que sur justificatif et déduction faite d'une somme de 20 €.

Le contrat est conclu pour une durée ferme, et ne peut être résilié et remboursé en cours de période.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- La nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L.113-8 du Code des assurances ou L.221-14 du Code de la Mutualité) ;
- Les cotisations payées sont acquises à l'Assureur qui a le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes cotisations échues ; vous devez alors rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (article L.113-9 du Code des assurances et L.221-15 du Code de la Mutualité) ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle constatée après sinistre n'est pas établie, la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité (article L.113-9 du Code des assurances et L.221-15 du Code de la Mutualité).

2/ Définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente 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**.

Aléa : évènement non intentionnel, imprévisible, irrésistible et extérieur.

Attentat/Actes de terrorisme : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public. Cet « attentat » devra être recensé par le ministère des Affaires étrangères français.

Catastrophes naturelles : intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine.

Déchéance : perte du droit à la Garantie pour le Sinistre en cause.

Délai d'attente : période pendant laquelle l'Assuré n'a pas droit à certaines prestations.

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

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

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

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

Grève : action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications.

Guerre civile : opposition armée de plusieurs parties appartenant à un même pays, ainsi que toute rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'État, application de la loi martiale ou fermeture des frontières commandée par les autorités locales.

Guerre étrangère : opposition armée déclarée ou non d'un État à un autre État, ainsi que toute invasion ou état de siège.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux.

Pays d'origine : pays dans lequel se situe votre domicile fiscal et légal.

Pollution : dégradation de l'environnement par l'introduction dans l'air, l'eau ou le sol de matières n'étant pas présentes naturellement dans le milieu.

Subrogation : situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne (notamment : substitution de l'Assureur à l'Adhérent aux fins de poursuites contre la partie adverse).

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage.

Tout Adhérent victime d'un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif causé par un autre Adhérent (les Adhérents sont considérés comme tiers entre eux).

Urgence : terme utilisé en cas d'accident ou d'apparition d'une maladie nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

3/ Garanties et prestations frais médicaux et prévoyance

Zone de couverture

Les garanties s'appliquent uniquement en France métropolitaine ou en Union Européenne, **à l'exception du pays d'origine des ressortissants de l'Union Européenne pour les séjours supérieurs à 4 semaines.**

La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Assuré remplissant les conditions d'admission au régime. Sont garantis uniquement et sous réserve des exclusions ci-après indiquées, les frais reconnus par la Sécurité sociale française et qui seraient pris en charge par celle-ci.

Montant des prestations

A/ Frais médicaux

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités indiquées sur l'attestation d'assurance.

Les remboursements sont effectués à concurrence des maxima ci-dessous indiqués et dans la limite des frais réels.

Dans le cadre d'une hospitalisation, les soins et honoraires médicaux ou chirurgicaux ne sont couverts que pour une durée maximum de 30 jours par période de contrat.

Les plafonds par bénéficiaire et par année de contrat sont de 30.000 € pour la garantie E et de 46.000 € pour la garantie F.

Les plafonds par bénéficiaire et par année de contrat sont de 8.400 € pour la garantie E(NP) dont un maximum de 800€ pour les frais autres que l'hospitalisation.

Les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de Prévoyance et d'Assurance accident dont l'Assuré pourrait bénéficier personnellement.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir une indemnisation 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'Adhérent est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

En cas de prestations versées indûment, le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Assureur, les prestations trop perçues.

Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Prestations exclues

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat les frais non reconnus par la Sécurité sociale française, ainsi que les prestations suivantes :

- **les frais occasionnés par des accidents ou des maladies dont l'origine est antérieure à la date d'effet inscrite sur le certificat d'adhésion,**
- **les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur, après celle de cessation des garanties, et pendant les délais d'attente,**
- **les frais d'hospitalisation médicale au-delà de 30 jours, les cures, les maisons de repos et de rééducation,**
- **les frais de transport du médecin non habituellement pris en charge par la Sécurité sociale,**

- **les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident,**
- **les infirmités congénitales et les maladies héréditaires,**
- **les maladies chroniques, les maladies tropicales,**
- **tout soin dentaire (sauf le traitement des caries), toutes orthèses et prothèses y compris auditives et dentaires, ainsi que tout appareillage médical**
- **la stomatologie, l'orthophonie, et l'orthoptie**
- **les lentilles de contact,**
- **les massages et la kinésithérapie sauf suite à un accident garanti,**
- **les traitements consécutifs à la stérilité, et aux dysfonctionnements sexuels,**
- **les soins psychiques, psychothérapeutiques et neurologiques y compris les consultations et les traitements qui y sont liés,**
- **la dépression nerveuse, les soins et traitements liés aux troubles du sommeil,**
- **les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les tests de dépistage,**
- **la séropositivité pour le HIV et pour le sida ainsi que leurs conséquences,**
- **les bilans de santé, check up, les certificats nuptiaux,**
- **les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,**
- **toute opération ou traitement lié au changement de sexe,**
- **les soins et traitements non prescrits par un médecin qualifié,**
- **les frais annexes, tels que le téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés,**
- **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, ...**

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Adhérent 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'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

En cas d'hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, un certificat médical doit préalablement nous être demandé. Il nous sera retourné, à l'attention de notre médecin conseil, après avoir été rempli par votre médecin. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

En cas d'hospitalisation, l'Adhérent peut demander une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds.

B/ Prévoyance

En cas de Décès de l'Adhérent, un capital de 1000 € sera réglé sur la base de la désignation de bénéficiaire suivante : le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître à parts égales, la part du prédécédé revenant à leurs propres enfants ou aux frères et sœurs s'il n'y a pas d'enfant, à défaut les parents à parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut aux héritiers à parts égales entre eux.

Formalités à effectuer en cas de sinistre

Pour toute demande de remboursement, vous devez adresser à :

ACS, Service Médical 153 rue de l'Université 75007 Paris France - Tel: 01 40 47 91 00

En cas d'hospitalisation,

- les justificatifs de l'hospitalisation, factures, notes d'honoraires (sauf si une prise en charge a été délivrée).

En cas de maladie,

- les factures détaillées avec ordonnances et feuilles de soins comportant les vignettes pour le remboursement des médicaments.

En cas d'accouchement à domicile,

- un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

En cas de décès :

le décès ne pourra ouvrir droit aux prestations que s'il est déclaré, sauf cas de force majeure, dans le délai de six mois suivant la date du décès et sous réserve de fournir les documents suivants :

- un certificat médical de mort naturelle établi par le médecin qui a constaté le décès,
- une copie intégrale de l'acte de naissance,
- une photocopie du livret de famille,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de ou des bénéficiaires,
- le dernier avis d'imposition.

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

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

4/ Garanties assistance

Si vous vous trouvez dans une des situations évoquées ci-après, nous mettons en œuvre, conformément aux Dispositions Générales et particulières de votre contrat, les services décrits, sur simple appel téléphonique (PCV accepté de l'étranger) ou envoi d'un email, d'une télécopie, ou d'un télégramme.

Dans tous les cas, la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement au médecin d'Allianz IARD, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

En aucun cas, Allianz IARD ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Limites applicables en cas de force majeure

Allianz IARD ne peut être tenu pour responsables des manquements à l'exécution des prestations d'Assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivants :

Guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Assistance rapatriement

• Si, pendant votre séjour en France métropolitaine, vous êtes atteint d'une maladie ou victime d'un accident garanti par le contrat et vous obligeant à interrompre votre séjour, nous prenons en charge, l'organisation et les frais de rapatriement pour vous permettre de rejoindre votre pays d'origine. Le choix du moyen de transport sera fait en fonction des exigences médicales que nécessite votre état.

TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN ACCORD PRÉALABLE DE NOTRE COMPAGNIE OU DE NOTRE SERVICE MÉDICAL.

Si cette clause n'était pas respectée, nous pourrions être dégagés de toute obligation de remboursement.

- En cas de décès consécutif à un risque garanti, durant votre séjour en France métropolitaine, nous prenons en charge l'organisation et les frais de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans votre pays d'origine à concurrence de 1.500 € (les frais de cercueil sont limités à 760 €).

Assistance juridique

Paiement d'honoraires

En cas d'accident durant votre séjour en France métropolitaine, nous garantissons, à concurrence de 760 €, le remboursement des honoraires d'avocat pour effectuer votre recours devant une juridiction française.

Quelles sont les exclusions des Garanties Assistance :

Nous ne pouvons intervenir si la demande d'assistance est consécutive à :

- Epidémies, pollution, catastrophes naturelles
- Voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement
- Etats de grossesse sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 32ème semaine de grossesse.

5/ Garantie responsabilité civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que vous pouvez encourir dans le cadre de votre vie privée, y compris lors de stages de formation conventionnés, au titre, d'une part, des dommages corporels et/ou matériels et, d'autre part, des dommages immatériels qui leur sont consécutifs, causés accidentellement à toute personne autre qu'un assuré ou un membre de votre famille, par votre fait ou celui de choses ou animaux dont vous avez la garde, ceci à concurrence des montants suivants :

- **Dommages corporels matériels et immatériels confondus : 4.575.000 €.**
- **Dommages matériels et immatériels seuls : 76.000 €.**
- **Objets confiés dans le cadre de stages : 11.500 €.**
- **Franchise par dossier : 80 €.**

La garantie s'applique également aux objets confiés dans le cadre de stages conventionnés dans la limite du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Exclusions de la garantie responsabilité civile

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus pour toutes les garanties », notre garantie ne s'applique pas :

- **aux dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement,**
- **aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et appareils de la navigation aérienne,**
- **aux dommages résultant de toute activité professionnelle,**
- **aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement ainsi que les membres de votre famille ou de toute autre personne ayant la qualité d'Assuré au titre du présent contrat,**
- **aux objets confiés à l'Adhérent (sauf dans le cadre de stages conventionnés),**
- **aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,**
- **aux dommages que vous avez causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,**
- **aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse,**
- **aux stages effectués dans les domaines médicaux et paramédicaux (sauf aux stages exclusivement d'observation).**

Limites de la garantie

Transaction – reconnaissance de responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord préalable et écrit.

Toutefois, la simple reconnaissance de la matérialité de certains faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

Vous devez nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager votre responsabilité civile ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous encourez la déchéance de votre garantie.

Procédure

En cas d'action judiciaire dirigée contre vous, nous assurons votre défense et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat.

Toutefois, vous pouvez vous associer à notre action dès lors que vous pouvez justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.

Le simple fait de pourvoir à titre conservatoire à votre défense ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de garantie et n'implique nullement que nous acceptons de prendre en charge les conséquences dommageables d'événements qui ne seraient pas expressément garantis par le présent contrat.

Même si vous manquez à vos obligations après sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles vous êtes responsable. Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en provision à votre place.

Recours

En ce qui concerne les voies de recours :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous en avons le libre exercice dans le cadre des garanties du présent contrat,
- devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec votre accord,
- si le litige pendant devant une juridiction pénale ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner votre accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en aura résulté pour nous.

Frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autre frais de règlement. Toutefois, si vous êtes condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion de sa part respective dans la condamnation.

6/ Risques exclus pour toutes les garanties

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

- **accidents ou des maladies dont l'origine est antérieure à la date d'effet inscrite sur le certificat d'adhésion,**
- **maladies ou accidents qui sont le fait d'une faute intentionnelle ou inconsidérée de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,**
- **tout acte intentionnel pouvant entraîner la garantie du contrat et toute conséquence d'une procédure pénale dont l'Assuré fait l'objet,**
- **accidents ou maladies survenant ou contractées aux cours de toute compétition sportive professionnelle, ainsi que les conséquences de la pratique des sports ou activités suivantes : alpinisme, varappe, bobsleigh, skeleton, sports de glisse hors piste, plongée sous-marine avec bouteilles, parachutisme, tout sport aérien ou nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,**
- **la participation de l'Assuré à des duels, paris, crimes et délits, rixes (sauf légitime défense), grèves,**
- **l'usage de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **l'alcoolisme ou de l'ivresse,**
- **accidents causés par des cyclones, tremblements de terre, éruptions volcaniques ou autres cataclysmes,**

- accidents ou maladies dus à la désintégration du noyau atomique ainsi que les sinistres dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- actes de terrorisme ou de sabotage, de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires, dans les conditions prévues à l'article L.121-8 du Code des assurances,
- activités assurées lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable,
- activités assurées lorsqu'elles sont soumises à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette disposition ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanctions restrictives, embargo total ou partiel ou prohibition,
- l'absence d'aléa.

7/ Base du contrat d'assurance

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité pour les Garanties Frais Médicaux et Décès et le Code des assurances pour les garanties Assistance et Responsabilité Civile.

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.

PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par **l'article L.221-11 du Code de la Mutualité et 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 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

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 visées à l'article L.114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du code des assurances ou L.224-9 du code de la mutualité, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre les tiers responsables du sinistre.

Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Adhérent, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Adhérent dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

PLURALITE D'ASSUREURS

Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude pour un même risque, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat. Dans ce cas, l'Adhérent doit prévenir tous les assureurs.

Dans ces limites, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur de son choix. Quand elles sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues par le Code des assurances et le Code de la Mutualité (nullité du contrat et dommages-intérêts) sont applicables.

LUTTE ANTI BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs, y compris sur l'acquisition de biens assurés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

TRIBUNAUX COMPETENTS / LOI APPLICABLE

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances et le Code de la Mutualité.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

Toutefois si vous êtes domicilié dans la Principauté de Monaco, les tribunaux monégasques seront compétents en cas de litige entre vous et nous.

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.

FACULTE DE RENONCIATION

En cas de souscription à distance de votre contrat :

La vente de votre contrat d'assurance par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L.221-18 du Code de la Mutualité et L.112-2-1 et R.112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent :

- qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps ;
- qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé :

- de l'existence du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions visé à l'article L. 422-1 du Code des assurances,
- de l'existence du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral visé à l'article L.426-1 du Code des assurances,
- de l'existence de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L.1142-22 du Code de la Santé publique ;
- que vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception du certificat d'adhésion » et de la notice d'information si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
- que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion. L'assuré qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et qui use de son droit de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ; en outre, la contribution Attentats au titre du Fonds de garanties des victimes des actes de terrorisme reste due.

L'adhérent, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'....., J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

En cas de démarchage :

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9 du code des assurances, et des dispositions du code de la consommation sur le démarchage, s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, France, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion.

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'..... J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Effets de la renonciation (démarchage, vente à distance ou lors de la réception de l'attestation d'assurance) :

L'Assureur par l'intermédiaire d'ACS procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

8/ Médiation

QUELLES SONT LES MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS ?

Vos interlocuteurs habituels sont en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour ACS :

**ACS, Service réclamations,
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France
Courriel : contact@acs-ami.com**

Il sera accusé réception de la réclamation dans les 10 jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Pour MGEN & MGEN Vie (frais médicaux et la garantie prévoyance) :

MGEN International Benefits – Service Relations Clientèle, 3/5/7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel : client@mgen-ib.com

Si le désaccord persiste, l'Adhérent peut saisir le Médiateur à l'adresse suivante :

**MGEN - Le Médiateur –
3, square Max Hymans -75748 Paris Cedex 15, France
Courriel : mediation@mgen.fr**

Pour Allianz IARD (assistance rapatriement et responsabilité civile) :

**Allianz – Relations Clients
Case Courrier S1803
1, cours Michelet – CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex, France
Courriel : clients@allianz.fr**

Allianz IARD adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif avec l'un des assureurs, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur indépendant dont les coordonnées postales sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance – TSA - 50110 75441 Paris Cedex 09 France, et ceci sans préjudice des autres voies d'action légales.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ORGANISMES D'ASSURANCES

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout -75436 Paris Cedex 09, France.

INFORMATION DE L'ADHERENT SUR LES DISPOSITIONS DE LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS – CNIL

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de la présente demande et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par des prestataires dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de votre part, vos données pourront aussi être utilisées dans un but de prospection pour les produits d'assurances que nous distribuons.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant une demande écrite à votre courtier.

Pour la garantie Frais Médicaux, vous pouvez exercer ce droit, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Pour les garanties assistance/rapatriement et responsabilité civile, vous pouvez exercer ce droit, par courrier à Service des relations avec les consommateurs – Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme – TSA 21017 – 92099 La Défense Cedex, FRANCE - e-mail : relationsconsommateurs@allianz.fr

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de

procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur, c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

NUMEROS D'URGENCE

Pour toute question sur ce contrat, pour la prise en charge de vos garanties, pour vos demandes de remboursement, vous devez contacter :

ACS
153, rue de l'Université - 75007 Paris - France
Tél. 00 33 (0) 1 40 47 91 00
Fax. 00 33 (0) 1 40 47 61 90
e-mail : contact@assistance-etudiants.com / contact@acs-ami.com

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise de la présente notice, la version française prévaudra.

9/ Tableau des montants de garanties

PRESTATIONS MALADIE ET ACCIDENT en % du tarif de convention de la Sécurité Sociale	Garantie E / ENP	Garantie F
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION - Tous hôpitaux et cliniques		
• Chirurgie	100%	100%
• Hospitalisation médicale	80%	100%
FORFAIT JOURNALIER	Non	Oui
ACTES MEDICAUX au cabinet du praticien ou au domicile du malade, visite et consultation du généraliste et du spécialiste, actes de radiologie, actes complémentaires	70%	100%
ACTES PARAMEDICAUX		
• Soins infirmiers, soins de kinésithérapie consécutifs à un accident garanti	60%	100%
SOINS DENTAIRES - Uniquement caries		
• Forfait 153 € pour la 1ère année illimité à partir de la 2ème année, si non interruption du contrat.	70%	100%
PHARMACIE - Médicaments achetés dans toutes les pharmacies		
• Médicaments irremplaçables	100%	100%
• Médicaments normaux	65%	100%
• Médicaments de confort	30%	100%
• Médicaments à service médical faible	15%	100%
OPTIQUE - Uniquement verres correcteurs	60%	100%
ANALYSES – Laboratoires	60%	100%
TRANSPORT MEDICAL	60%	100%
LES DÉPENSES RELATIVES à l'état de grossesse et toutes complications dues à cet état, fausse couche, accouchement et suites, la maternité, la contraception et l'IVG.	70% dans la limite de 305€ à partir de la 2ème année	100% dans la limite de 458€ à partir de la 2ème année
PREVOYANCE	Garantie E / ENP	Garantie F
Capital décès	1.000 €	
ASSISTANCE RAPATRIEMENT	Garantie E / ENP	Garantie F
- Transport et Rapatriement sanitaire	Frais réels	
- Rapatriement en cas de décès	1.500 €	
▪ Frais de cercueil	760 €	
RESPONSABILITE CIVILE	Garantie E / ENP	Garantie F
- Dommages corporels matériels et immatériels confondus	4.575.000 €	
- Dommages matériels et immatériels seuls	76.000 €	
- Objets confiés dans le cadre de stages	11.500 €	
- Franchise par dossier	80 €	
ASSISTANCE JURIDIQUE	760 €	

10/ Formulaire de demande de remboursement de frais médicaux

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les factures originales acquittées, les copies des ordonnances et des comptes rendus médicaux, ainsi que la copie de votre passeport. Ces documents doivent mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, ainsi que le nom, l'adresse, et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas suffisants (une facture détaillée est indispensable).

Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant et prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

A.C.S. - Service médical
153 Rue de l'Université 75007 Paris, France

Réf. Souscription: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse de correspondance: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Les soins reçus sont en rapport avec:

Accident: Circonstances (date, lieu, détails): _____

Maladie: Dates et nature de l'affection: _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée : _____

Date des premiers symptômes : _____

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Commentaires: _____

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

Un chèque en euros, envoyé à l'adresse française suivante: _____

Un virement bancaire (joindre RIB)