



C.G.E.A.

37, rue des Murlins
BP 1845
45008 ORLEANS CEDEX
France
33 (0) 2.38.65.44.56
33 (0) 2 38 62 90 93
e-mail : contact@expat-care.com
internet : expat-care.com

Notre Centre de Gestion créé en 1995 est spécialisé dans les programmes d'assurance des impatriés et des expatriés. Aujourd'hui, plus de 20.000 personnes nous font confiance chaque année.

Pour cela, nous nous appuyons sur des compagnies reconnues :



EXPAT' CARE

La protection sociale
des familles expatriées

Un produit

C. G. E. A.

Notre contrat a été conçu pour toutes les personnes et familles expatriées. Il comprend les garanties indispensables à votre protection sociale et financière.

Qui peut souscrire ?

Toute personne, de plus de 25 ans et de moins de 60 ans, habitant hors de son pays d'origine, ainsi qu'aux adhérents à un régime maladie par la Caisse des Français à l'Étranger (CFE).

Qui est assuré ?

L'adhérent et s'il le souhaite sa famille (conjoint et enfants)

Quelles sont les formalités à accomplir ?

Il suffit de compléter la demande d'adhésion et le questionnaire de santé joints.

Quand prennent effet les garanties ?

Les garanties prennent effet le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation médicale et le paiement de la prime.

L'adhésion est souscrite pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Quels sont les délais d'attente ?

Les délais d'attente s'appliquent au 1^{er} jour de la date d'effet des garanties, ils sont fixés à :

Optique: 3 mois
Soins et Prothèses Dentaires: 3 mois
Maternité* : 9 mois
Autres Soins : Néant

*la garantie est prorogée pendant les 6 mois qui suivent la date d'expiration du contrat sous réserve de déclaration préalable.

Ces délais d'attente sont supprimés si l'assuré bénéficiait précédemment d'une assurance complémentaire offrant une couverture équivalente à celle retenue.

Quelle est l'étendue territoriale du contrat ?

Les garanties s'appliquent dans le monde entier y compris dans le pays d'origine (dans ce dernier cas la garantie est accordée pour une période maximale de 2 mois à l'occasion des congés de déplacements temporaires et bien entendu lors d'un rapatriement).

GARANTIE DECES & INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Capital Tranche d'Age	15 300 €	30 600 €	45 900 €	61 200 €	76 500 €	91 800 €	107 100 €	122 400 €
de 25 à 34 ans	29 €	58 €	87 €	116 €	145 €	174 €	203 €	233 €
de 35 à 44 ans	51 €	101 €	151 €	202 €	252 €	303 €	353 €	404 €
de 45 à 49 ans	75 €	150 €	225 €	300 €	375 €	450 €	525 €	600 €
de 50 à 60 ans	108 €	214 €	321 €	428 €	538 €	643 €	750 €	857 €

GARANTIE FRAIS DE SANTE AU 1^{ER} EURO

Primes Annuelles	Plan Prestige		Plan Confort		Plan Hospi	
	Zone 1	Zone 2	Zone 1	Zone 2	Zone 1	Zone 2
Adulte seul moins de 45 ans	1 973 €	2 763 €	1 552 €	2 173 €	646 €	905 €
Adulte de 45 à 60 ans	2 368 €	3 315 €	1 863 €	2 608 €	776 €	1 086 €
Enfant de moins de 20 ans	1 382 €	1 934 €	1 087 €	1 521 €	453 €	634 €

GARANTIE FRAIS DE SANTE COMPLÉMENTAIRE CFE

Primes Annuelles	Plan Prestige		Plan Confort		Plan Hospi	
	Zone 1	Zone 2	Zone 1	Zone 2	Zone 1	Zone 2
Adulte seul moins de 45 ans	1 082 €	1 515 €	660 €	924 €	444 €	622 €
Adulte de 45 à 60 ans	1 299 €	1 818 €	792 €	1 109 €	533 €	746 €
Enfant de moins de 20 ans	758 €	1 061 €	462 €	647 €	311 €	436 €

Zone 1 : Reste du Monde sauf pays énumérés dans la Zone 2

Zone 2 : Hong Kong, Israël, Japon, Singapour, Suisse

GARANTIE ASSISTANCE

	Zone	Europe	Reste du Monde
Adulte seul		28 €	146 €
Famille		93 €	505 €

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE PAR ACCIDENT

Capital Tranche d'Age	15 300 €	30 600 €	45 900 €
de 25 à 44 ans	12 €	24 €	37 €
de 45 à 60 ans	15 €	31 €	46 €

GARANTIE RENTE EDUCATION

Assuré seul prime par enfant : 48 €
Couple prime par enfant : 72 €

GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE

Assuré seul 30 €
Couple 60 €

Sont exclues les conséquences :

- ☞ de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide (avant 2 années d'assurance), d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident exclu de l'Assurance, de l'éthylisme, d'ivresse manifeste, de l'usage de stupéfiants en l'absence de toute prescription médicale,
- ☞ de la participation à une rixe (sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger,)
- ☞ de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- ☞ de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- ☞ d'accident résultant de la pratique du saut à l'élastique ainsi que de l'utilisation par l'Assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- ☞ de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.
- ☞ les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'adhérent.
- ☞ En outre, en cas de guerre où la France serait belligérante, aucune des garanties ne serait accordée.
- ☞ Par ailleurs, les conséquences d'accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'aéronef utilisé est muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité.

GARANTIES	PLAN PRESTIGE	PLAN CONFORT	PLAN HOSPI
Hospitalisation	100% des frais pendant 15 jours ensuite 300% du tarif de convention	100% des frais pendant 15 jours ensuite 200% du tarif de convention	100% des frais pendant 15 jours ensuite 300% du tarif de convention
Frais annexes			
Chambre particulière	60€	40€	60€
Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de – de 12 ans	40€	20€	30€
Allocation obsèques	2300€	2300€	2300€
Frais Médicaux Consultation généraliste ou spécialiste analyses – radios – soins infirmiers	100% des frais dans la limite de 300% du tarif de convention	80% des frais dans la limite de 200% du tarif de convention	Néant
Masseurs- pédicures orthophonistes - orthoptistes	100% des frais dans la limite de 150% du tarif de convention	100% des frais dans la limite de 100% du tarif de convention	Néant
Frais médicaux liés à l'hospitalisation	100% des frais dans la limite de 300% du tarif de convention	100% des frais dans la limite de 200% du tarif de convention	Néant
Pharmacie	100% des frais	90% des frais	Néant
Soins et Prothèses Dentaires	100% des frais dans la limite de 300% du tarif de convention	100% des frais dans la limite de 200% du tarif de convention	Néant
1 ^{ère} année	380€	300€	
2 ^{ème} année	760€	600€	
3 ^{ème} et suivantes	1520€	900€	
Orthodontie	100% des frais maximum 700€	100% des frais maximum 500€	Néant
Frais d'accouchement	100% des frais maximum 3.000€	100% des frais maximum 1.500€	Néant
Soins Optique- Forfait Annuel Lunettes et Lentilles	100% des frais maximum 380€ /an	80% des frais maximum 220€ /an	Néant

GARANTIE DECES & INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Elle permet le versement du capital souscrit aux bénéficiaires en cas de décès par accident, maladie ou d'invalidité absolue et définitive.

Montant de la garantie jusqu'à 122 400 €

Le capital décès est la seule garantie obligatoire du contrat.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE PAR ACCIDENT

En cas accident d'un adhérent, il lui est versé un capital correspondant au pourcentage du taux d'invalidité.

Montant de la garantie jusqu'à 45 900 €

Aucune indemnité n'est due si le taux est inférieur à 20%.

GARANTIE RENTE EDUCATION

En cas de décès de l'adhérent et/ou de son conjoint (selon option), il est versé aux enfants une rente annuelle de :

- 1 à 5 ans : 115 € par mois
- 6 à 16 ans : 155 € par mois
- 17 à 25 ans : 310 € par mois

Il est garanti aux bénéficiaires le versement d'un minimum de 30 000 €.

La différence entre le montant total des versements et le minimum garanti sera payée au 26^{ème} anniversaire de l'enfant.

GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE

Ce contrat a pour objet de garantir les conséquences pécuniaires que peut encourir l'Adhérent et ses enfants au cours de sa vie privée pendant son expatriation.

Dommages corporels 4 600 000 €
 Dommages matériels 460 000 €
 Dont pour incendie, explosion et dégâts des eaux 230 000 €

USA/Canada :

Tous dommages corporels, matériels et immatériels 1 600 000 €

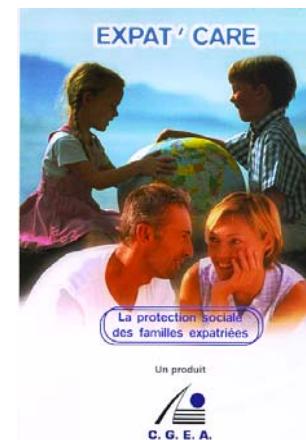
Vol commis par les enfants mineurs 3 050 €

Défense pénale et recours 7 700 €

GARANTIE ASSISTANCE

La garantie Assistance, vous permet de bénéficier partout dans le monde de prestations spécifiques aux expatriés.

- 🌐 Assistance et Rapatriement Médical..... Frais Réels
- 🌐 Billet pour un proche en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours... Frais Réels
- 🌐 Remboursement des frais d'hôtel pendant 5 jours50 €/jour
- 🌐 Envoi de médicaments introuvables sur place.....Frais Réels
- 🌐 Rapatriement du Corps en cas de Décès, prise en charge des frais funéraires nécessaires au transport et rapatriement des membres de la famille assurés
- 🌐 Avance de la Caution Pénale15 300 €
- 🌐 Assistance Juridique 1 530 €



CALCUL DE VOTRE COTISATION

DEMANDE D'ADHESION

QUESTIONNAIRE DE SANTE

GARANTIE OBLIGATOIRE

DECES

Capital Adhérent : _____ €
 Prime Annuelle : _____ €
 Capital Conjoint : _____ €
 Prime Annuelle : _____ €

GARANTIES OPTIONNELLES

GARANTIE FRAIS DE SANTE

Adhérent seul Conjoint

Enfant Nombre*: _____

*Gratuit au-delà de 3 enfants assurés

Zone 1 Zone 2

Plans :
 Prestige Confort Hospi
 Prime Annuelle : _____ €

GARANTIE ASSISTANCE

(Obligatoire avec les frais de Santé)

Adhérent Seul Famille
 Zone : Europe Reste du Monde
 Prime Annuelle : _____ €

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

Capital Adhérent : _____ €
 Prime Annuelle : _____ €
 Capital Conjoint : _____ €
 Prime Annuelle : _____ €

GARANTIE RENTE EDUCATION

Nombre d'enfants : _____
 Garantie :
 Adhérent seul Adhérent + Conjoint
 Prime Annuelle : _____ €

GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE

Adhérent seul Adhérent + Conjoint
 Prime Annuelle : _____ €

COTISATION ANNUELLE TOTALE :

_____ €

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Né(e) le : ____/____/____

Nationalité : _____

Pays d'Expatriation : _____

Adresse de Résidence : _____

e-mail : _____

Tel : _____

Profession : _____

Salarié (e) : OUI NON

Personnes à Assurer :

Conjoint/Concubin :

Nom	Prénom	Né (e) le

Enfants :

Nom	Prénom	Né (e) le

Bénéficiaire(s) en cas de décès

Conjoint à défaut des enfants par parts égales, mes ayants droit

Autre bénéficiaire : _____

Date d'effet souhaitée : 01/ /20

Type de règlement :

Prélèvement automatique (joindre un R.I.B)

Chèque bancaire

Mode de règlement

Annuel Semestriel Trimestriel

Frais pour fractionnement (semest. ou trimest.) 25 €

A _____ le _____

Signature précédée de "lu et approuvé"

Répondre obligatoirement par OUI ou NON	Assuré	Conjoint Concubin	1er Enfant	2ème Enfant	3ème Enfant
Taille					
Poids					
Tension artérielle					
Votre état de santé vous empêche t'il d'exercer vos activités à temps plein ?					
Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des dix dernières années de maladies ou de suite d'un accident ayant entraîné un traitement médical ou un arrêt de travail ?					
Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale?					
Avez-vous reçu ou subi des examens particuliers, au cours des 5 dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical ?					
Etes-vous atteint d'une infirmité ?					
Avez-vous des séquelles résultant:					
a. D'une maladie ?					
b. D'un accident ?					
Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ou d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ?					
Avez-vous été accepté (e) à des conditions spéciales ou refusé (e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ?					
Avez-vous subi un test de dépistage de la séroposivité aux virus de l'hépatite ou à l'un des virus de l'immuno déficience ?					

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, merci de nous indiquer sur une feuille séparée datée et signée toutes informations utiles : date, motif, suites, séquelles, durée et nature du traitement, etc...

Je soussigné(e) certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré qui puisse induire en erreur l'assureur étant entendu que les articles L113-8 et 9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction de garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration.

Signature :

