


# STUDENT CARE CONTRAT SOUSCRIT AUPRES DE TOKIO MARINE KIJIN N°35 801 638

<b>FRAIS MEDICAUX</b> Sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale - Plafond par année d'assurance 50.000 € <b>DELAI DE CARENCE DE 12 JOURS</b> <b>EN CAS DE MALADIE</b>	<b>STUDENT CARE PLUS</b>	<b>STUDENT CARE ACCESS</b>	<b>REMBOURSEMENTS :</b> Nous adresser :
<p><b>Soins courants :</b></p> <p>Consultations: médecins..... 100% frais réels (max 100 €/consultation)</p> <p>généralistes, spécialistes, analyses, soins infirmiers</p> <p>Pharmacie..... 100% frais réels</p> <p>Soins dentaires d'urgence..... 400 € / an</p> <p>Ostéopathie/orthopédie..... 100 € / an</p> <p><b>En cas d'accident uniquement :</b></p> <p>Prothèses dentaires..... 600 € / an</p> <p>Optique..... 400 € / an</p> <p>Autres prothèses..... 400 € / an</p> <p><b>Hospitalisation:</b></p> <p>Honoraires médicaux et chirurgicaux.....</p> <p>Forfait journalier/ Chambre particulière.....</p> <p><b>Assistance</b></p> <p>Transport au centre médical..... 100 % frais réels</p> <p>50 € par jour</p> <p>Rapatriement sanitaire.....</p> <p>Frais de recherche, secours en mer et montagne..... Frais réels</p> <p>Rapatriement du corps en cas de décès..... Frais réels</p> <p>Frais obsèques..... 5.000 €</p> <p>Mise à disposition de médicaments introuvables..... Frais réels</p> <p>Mise à disposition de billet de transport pour un proche en cas d'hospitalisation en soins intensifs..... 2.000 €</p> <p>Prise en charge frais de séjour d'un proche..... Frais réels</p> <p>Prise en charge de frais de transport A/R suite à décès d'un parent proche..... Frais réels</p> <p>50 €/jour (max 500 €)</p> <p><b>Assistance Juridique</b></p> <p>Avance caution pénale..... Frais réels</p> <p>Honoraires d'avocats.....</p> <p><b>Responsabilité Civile</b></p> <p>Dommages corporels..... 10.000 €</p> <p>5.000 €</p> <p>Dommages matériels.....</p> <p>Dommages immatériels consécutifs (Franchise 75 €) 4.600.000 €</p> <p>Protection juridique/Recours..... 460.000 €</p> <p>46.000 €</p> <p>Stages en entreprises (Franchise 75 €)..... 46.000 €</p> <p><b>Individuelle Accident</b></p> <p>Décès accidentel..... 3.000 €</p> <p>12.000 €</p> <p>Invalidité permanente totale.....</p> <p>Franchise relative 20% 10.000 €</p> <p><b>Bagages</b></p> <p>Vol, perte, détérioration pendant le transport..... 30.000 €</p> <p>Franchise de 50 €</p> <p>1.500 €</p>			<p>• <b>Remboursements :</b></p> <p>• <b>Notre numéro de contrat</b></p> <p>• <b>La déclaration et la demande d'indemnisation disponibles sur notre site <a href="http://www.expat-care.com">www.expat-care.com</a></b></p> <p>• <b>Les notes d'honoraires des médecins</b></p> <p>• <b>Les ordonnances et feuilles de soins (documents originaux)</b></p> <p>• <b>Attention, délai de carence de 12 jours en cas de maladie, c'est-à-dire que vous ne pouvez prétendre à aucune prestation pendant cette période.</b></p> <div style="text-align: center;">  <p><b>C. G. E. A.</b></p> <p><b>ASSURANCE VOYAGE ET EXPATRIATION</b></p> <p>37 rue des Murlins CS 81845 45008 ORLEANS CEDEX 1 Tél: 02 38 65 44 56 Fax : 02 38 62 90 93 Email : <a href="mailto:cgea@expat-care.com">cgea@expat-care.com</a></p> </div> <p><small>Tokio Marine Kiln Insurance Limited (succursale en France) – Entreprise régie par le code des assurances 6-8 Boulevard Haussmann, F-75009 Paris (Cedex 09). B. 382 096 071 RCS Paris, TVA FR. 37 382 096 071 Tokio Marine Kiln Insurance Limited (UK), Société anonyme de droit britannique, siège établi au 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY, Registered in England &amp; Wales 989421 – Capital Social : £35.000.000 Entreprise agréée par l'Autorité de régulation prudentielle (Prudential Regulation Authority – PRA), contrôlée par celle-ci ainsi que par l'Autorité de conduite financière du Royaume-Uni (Financial Conduct Authority – FCA), et agissant en conformité avec les règles françaises du code des assurances. CGEA est une marque commerciale gérée par VAL DE FRANCE COURTAGE - SARL de courtage en assurances au capital de 850.000 € - Siège Social : 37, rue des Murlins – CS 81845 - 45008 ORLEANS CEDEX 01 - Tél. 02 38 65 44 55 Fax 02 38 62 90 93 - <a href="http://www.valcourtage.com">www.valcourtage.com</a> - RCS ORLEANS 400 228 383 - Code APE 6622Z - Immatriculée à l'ORIAS sous les numéros 13 001 056 (<a href="http://www.orias.fr">www.orias.fr</a>) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des assurances - Soumise au contrôle de l'ACPR 61 rue Talbot - 75436 Paris cedex 09 (<a href="http://www.acpr.banque-france.fr">www.acpr.banque-france.fr</a>) - Val de France Courtage exerce son activité, en fonction de la nature du risque, en application des dispositions de l'article L. 520-1 II b (la liste des compagnies partenaires est disponible sur simple demande) ou de l'article L520-1 II c du code des assurances. Réclamation : <a href="mailto:serviceclmations@vfc-assurance.com">serviceclmations@vfc-assurance.com</a> et/ou à Mme/M. le Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers en Assurances (CSCA), 91 rue Saint Lazare 75009 Paris. Les opérations d'assurances sont exonérées de TVA en vertu de l'article 261, C 2° du Code Général des Impôts. Partenaire du réseau International Uniba Partners - <a href="http://www.uniba-partners.com">www.uniba-partners.com</a> - Membre du groupe Cadre - <a href="http://www.cadras.com">www.cadras.com</a></small></p>

**Comment adhérer à Student Care**

- Retourner le bulletin d'adhésion complété et accompagné du règlement
- Votre souscription sera immédiate à réception du règlement

**JE CERTIFIE ETRE ETUDIANT ET JE CHOISIS :**

TARIFS / MOIS	Moins de 40 ans	De 40 à 55 ans
STUDENT CARE ACCESS	27 €	40 €
STUDENT CARE PLUS	42 €	66 €

**J'INSCRIS POUR LES MEMES GARANTIES ET DUREE**

Mon conjoint                       Mes enfants

**JE REGLE LA COTISATION TOTALE DE**

**Option retenue:**

Student Care Access                       Student Care Plus

**Durée du séjour :** .....Mois

**Je règle la cotisation:**

**Nombre d'assurés X durée du séjour X tarif mensuel de la formule :**

**= .....€**

Je confirme avoir lu et accepté les conventions spéciales disponibles sur [www.expat-care.com](http://www.expat-care.com). J'ai pris connaissance que les maladies antérieures à mon adhésion ne seront pas prise en charge.

**Date :** ...../...../.....

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

**Avantages de STUDENT CARE**

- 2 options au choix : l'une de base et la seconde améliorée
- Contrat ouvert aux conjoints et enfants
- Prise en charge des frais en cas d'hospitalisation

**DEMANDE D'ADHESION**

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Date et lieu de naissance** .....

**Adresse en France** .....

**Email**.....

**Université en France** .....

**Nationalité** .....

**ADHESION CONJOINT ET/OU ENFANTS**

**CONJOINT**

**Nom**:.....

**Prénom** :.....

**Date de naissance** ...../...../.....

**ENFANTS:**

**1/Prénom:** .....

**Date de Naissance :** ...../...../.....

**2/Prénom:**.....

**Date de naissance:** ...../...../.....

**3/Prénom :** .....

**Date de naissance:** ...../...../.....

**4/Prénom :** .....

**Date de naissance:** ...../...../.....

**5/Prénom:** .....

**Date de naissance:** :...../...../.....

**STUDENT CARE**



**PROGRAMME D'ASSISTANCE ET D'ASSURANCE POUR LES ETUDIANTS ETRANGERS EN FRANCE**



**ASSURANCE VOYAGE ET EXPATRIATION**