IMPATRIES SCHENGEN (- 4 mois & + 4 mois)

Assurances Sans Frontières vous propose un contrat répondant aux directives européennes de l'Espace Schengen.

Notre contrat « Impatriés Schengen » vous permet d'obtenir l'attestation Schengen indispensable à l'obtention de votre visa.

Les garanties :
- Remboursement de vos frais médicaux et d'hospitalisation à hauteur de 30 000 € en cas de maladie soudaine ou d'accident
- Une assistance rapatriement en cas de maladie ou décès
- La possibilité de souscrire une garantie Responsabilité civile pour garantir les dommages occasionnés à des tiers.

LES TARIFS

Séjours < 4 mois

IMPATRIES	Zone 1	Zone 2	Zone 3
1 semaine	13,00 €	15,00 €	17,00 €
2 semaines	17,00 €	19,00 €	21,00 €
3 semaines	21,00 €	23,00 €	25,00 €
1 mois	25,00 €	27,00 €	29,00 €
2 mois	31,00 €	33,00 €	37,00 €
3 mois	39,00 €	41,00 €	43,00 €
4 mois	45,00 €	48,00 €	60,00 €

Zone 1 : Pays européens « frontaliers « de la France
Zone 2 : Autres pays européens et bassin méditerranéen
Zone 3 : Reste du Monde

Séjours > 4mois

Quel que soit votre pays de provenance et quelle que soit votre destination

4 PREMIERS MOIS	180 €
Puis par tranche d' 1 mois supplémentaire	51 €

LES GARANTIES

GARANTIES	MONTANTS en € TTC	FRAIS MEDICAUX ET ASSISTANCE
GARANTIES ASSISTANCE ET HOSPITALISATION		**x**
Assistance aux personnes si maladie ou blessure		x
Contact médical		x
Transport / Rapatriement	Frais réels	x
Frais de prolongation de séjour (10 jours maxi)	60 €/nuit	x
Retour d'un accompagnant ou des membres de la famille bénéficiaires OU	(1)	x
Visite d'un proche: frais d'hôtel (7 jours maxi)	(1) et 60 €/nuit	
Remboursement des frais médicaux dont : - honoraires médicaux - frais de médicaments - frais d'ambulance - frais d'hospitalisation	30 000 €	x
Franchise	30 €	
Avance des frais d'hospitalisation	30 000 €	x
Franchise	30 €	
Prise en charge des soins dentaires d'urgence en cas d'accident	150 €	x
ASSISTANCE EN CAS DE DECES		**x**
Transport du défunt	Frais réels	x
Frais de cercueil nécessaires au transport	Frais réels	x
Retour anticipé en cas d'hospitalisation	(1)	x
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	(1)	x
ASSISTANCE VOYAGE		**x**
Avance de la caution pénale	15 000 €	x
Prise en charge des honoraires d'avocat	3 000 €	x
Informations voyage/santé		x

(1) En train 1ère classe ou avion classe économique

BULLETIN D'ADHESION IMPATRIE

L'ASSURE :	
Nom :	**Prénom :**
Né le :	**Nationalité :**
Profession :	
N° DE PASSEPORT :	
Adresse du pays de provenance :	
Tél :	
E-mail :	
CODE ASSUREMA	
Pays de destination :	
DATE DE DEPART : . . / . . /	
DATE DE RETOUR : . . / . . /	
Formule choisie :	
☐ **Moins de 4 mois**	
☐ **Plus de 4 mois**	
Tarif : …….	

Le présent contrat se compose des Dispositions Particulières et des Dispositions Générales. Le souscripteur reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte comme faisant partie du dit contrat. Le présent contrat prend effet à la date de validité indiquée et sous réserve que le paiement soit joint. La date de validité indiquée ne peut être antérieure à la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi). Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que, si dans l'appréciation du risque, la compagnie d'assurance a été induite en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat.

La loi n°78.17 du 06/01/78 relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du service commercial d'Assurances Sans Frontières. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif. Sauf refus formulé par courrier en précisant votre nom, prénom, adresse, n° de contrat et n° d'adhésion Assurances Sans Frontières, Assurances Sans Frontières se réserve le droit de céder ou d'utiliser vos coordonnées à des fins commerciales.

Fait à :…… le …… / …… / ……. Signature du souscripteur

(Précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

MUTUAIDE ASSISTANCE
SA au capital de 9.540.040 €
Entreprise régie par le code des Assurances
RCS 383974086 CRETEIL
Siège social : 8/14, avenue des Frères Lumières
94366 BRY-SUR-MARNE

ASSURANCES SANS FRONTIERES
500 Boulevard Lord Brougham
Domaine de la Croix des Gardes
06400 Cannes
Sarl au Capital de 45000€
ORIAS n°09 048 664
RCS CANNES 509 989 398