



INFORMATION

à toutes les personnes ayant un contrat type A

Zone d'activité: étranger

PERSONNES ASSURÉES

Sont réputées assurées toutes les personnes qui remplissent un **mandat type A pour le DFAE** et exercent **à l'étranger** l'activité correspondant au mandat ou à la formation convenue.

RISQUES ASSURÉS

(Assurance maladie et accidents collective – Police B10.0.736.429 auprès d'Allianz Suisse)

EN CAS D'ACCIDENT

(les accidents résultant **de situations de guerre** à l'étranger sont coassurés)

Couverture des frais de guérison

En tant qu'assurance complémentaire de la couverture de base obligatoire (CNA):

- frais de médecin et de médicaments non couverts par la CNA
- libre choix de l'hôpital et de la division

Capital en cas de décès: 40 000 CHF

Capital en cas d'invalidité: de 27 000 CHF à 225 000 CHF

(selon le degré d'invalidité)

Indemnités journalières

Assurance complémentaire de la couverture de base obligatoire (CNA).

L'indemnité est versée à partir du 15^e jour et complète la couverture de base jusqu'à concurrence de 95 % du gain journalier assuré (au maximum CHF 384.-).

Sont exclus:

les accidents et les séquelles de ceux-ci qui existent déjà lors du début de l'assurance.

EN CAS DE MALADIE

Indemnité journalière

L'indemnité journalière est versée à partir du 15^e jour pour la durée du mandat convenue à l'avance, mais au plus pendant 716 jours. L'indemnité journalière n'est pas assurée pour les employés de la Confédération. Niveau des prestations: 95 % du gain journalier assuré (au maximum CHF 274.-)

Frais de guérison

Les prestations jusqu'à concurrence de 100 000 CHF (frais de transport compris jusqu'à 20 000 CHF) sont assurées exclusivement en complément aux prestations de la caisse maladie privée. Les traitements ambulatoires psychothérapeutiques ne sont pleinement pris en charge que jusqu'à hauteur de 2000 CHF. Les dépenses qui dépassent ce montant sont remboursées pour moitié.

Sont exclus:

- 1) les maladies et leurs séquelles
 - qui existent déjà lors du début de l'assurance ;
 - qui sont perceptibles au cours des huit premiers jours suivant le début de l'assurance ou après l'échéance de cette dernière, à moins qu'il ne soit prouvé médicalement que la maladie a commencé pendant la période de l'assurance.
- 2) les affections dentaires.
- 3) Grossesse