

Introduction du plan global d'assurance médicale pour les étudiants étrangers en Chine de Guoren P&C Insurance Co., Ltd.

Conditions d'adhésion

Les étudiants étrangers, les étudiants venus de Hongkong, Macao, Taiwan et les étudiants chinois d'outre-mer en Chine, en bonne santé et pouvant participer normalement aux études, dont l'âge est compris entre 8 et 69 ans peuvent souscrire cette assurance,

I. Contenu des garanties

L'assureur garantit les préjudices suivants au cours de la période d'assurance (allant de la date d'entrée en vigueur de cette assurance à la date d'expiration) :

1. Décès

L'assureur paiera les prestations conformément à la somme contractuelle définies par les conditions générales en cas de décès de l'assuré dû à un accident ou à une maladie et le contrat d'assurance prendra fin.

2. Invalidité accidentelle

Si l'assuré souffre d'un accident qui entraîne une invalidité **dans un délai de 180 jours à compter de la date de la survenance de l'accident, dû au fait que cet accident conduit à l'un des cas d'invalidation listé dans les « Normes et codes pour l'évaluation d'invalidité dans la cadre des assurances vie », (JR/T0083—2013)(Publiées par l'ancienne China Insurance Regulatory Commission sous numéro [2014] 6)**, l'assureur procède à l'évaluation d'invalidité en se basant sur les principes d'évaluation prévus dans ces normes et sauf toute disposition contraire, **il paiera les prestations d'invalidité en multipliant le montant du plafond de la garantie par le taux de remboursement correspondant au degré d'invalidité évalué**. Si le traitement n'est pas encore terminé, **l'évaluation d'invalidité doit être faite sur la base de la condition physique de l'assuré au 180^{ème} jour à compter de la date de la survenance de de l'accident**, les prestations en cas d'invalidité accidentelle doivent être versées en fonction des résultats de cette évaluation.

Si l'invalidité résultant de cet accident ainsi que les infirmités antérieures ouvrent droit à indemnisation, les prestations se calculent et sont versées selon l'élément jugé le plus grave. Mais les prestations déjà versées à titre de garantie Invalidité **(sont jugées comme réglées toutes les invalidités qui préexistent à la souscription, ou celles qui résultent des circonstances prévues dans les exclusions et sont listées dans les « Normes et codes pour l'évaluation d'invalidité dans la cadre des assurances vie » (JR/T0083-2013) (Publiées par l'ancienne China Insurance Regulatory Commission sous numéro [2014] 6), doivent être déduites**.

L'invalidité accidentelle et le décès en raison de maladie et d'accident de chaque assuré ouvrent droit à indemnisation dans les limites du plafond pour les garanties « Décès et Invalidité accidentelle » et ces garanties prendrons fin lorsque le cumul des indemnités successivement versées dépasse le plafond de celles-ci.

3. Traitement médical en cas d'accidents

Si l'assuré reçoit un traitement médical **dans les 180 jours suivant la survenance de l'accident garanti**, l'assureur prend en charge et rembourse à 100% ses frais médicaux réellement engagés qui sont jugés raisonnables et nécessaires.

Accidents tels que griffes et morsures de chats et de chiens, contusions au cours de la marche, blessures causées lors d'activités sportives.

Calcul de remboursement : la somme des frais raisonnables d'hospitalisation*100% = montant remboursable (le total de frais raisonnables ne comprend pas de frais à la charge totale ou partielle de l'assuré prévus par la sécurité sociale locale).

Quel que soit le nombre d'accident survenant à l'assuré, l'assureur indemnise respectivement ce dernier en conformité des dispositions susmentionnées, dans les limites du plafond appliqué à l'assuré et cette garantie prendra fin lorsque le cumul des indemnités successivement versées dépasse le plafond de celle-ci.

4. Hospitalisation :

Si l'état de l'assuré nécessite une hospitalisation selon le diagnostic du médecin à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur prend en charge et rembourse à 100% ses frais médicaux réellement engagés qui sont jugés raisonnables et nécessaires pour les soins infirmiers (**limités à 200 RMB par jour pour 60 jours cumulés au maximum**), les dossiers médicaux, le chauffage, le climatiseur, le lit, les dépistages, les examens et traitements spéciaux, les chirurgies, les médicaments, les traitements, les tests de laboratoire, la radiologie, etc.

Les frais liés aux traitements d'urgence sont imputables entièrement à la garantie « Hospitalisation ». L'assureur prend en charge et rembourse à 100% les frais raisonnables et nécessaires qui sont liés aux traitements d'urgence de l'assuré dans un hôpital.

Calcul de remboursement : la somme des frais raisonnables d'hospitalisation*100% = montant remboursable (le total de frais raisonnables ne comprend pas de frais à la charge totale ou partielle de l'assuré prévus par la sécurité sociale locale).

Quel que soit le nombre de traitements d'urgence ou d'hospitalisations survenant à l'assuré, l'assureur indemnise ce dernier dans les limites du plafond prévu dans le contrat et cette garantie prendra fin lorsque le cumul des indemnités successivement versées dépasse le plafond de celle-ci.

5. Soins médicaux en cas de consultations ambulatoires et d'urgence

L'assureur prend en charge tous les frais médicaux raisonnables et nécessaires engagés par le traitement ambulatoire et d'urgence dû à une maladie de l'assuré. Pendant chaque période d'assurance, **l'indemnité journalière est limitée à 600 RMB (soit, dans les cas où la somme des frais médicaux du jour dépasse cette limite journalière, l'assuré n'est remboursé que de 600 RMB, et si le montant des frais médicaux journaliers est inférieur à ce plafond, le remboursement intervient dans la limite des frais réellement engagés). Si la somme cumulée des frais engagés inférieurs à la limite journalière dépasse la franchise de 650 RMB, l'assureur rembourse à 85% cette somme mais le cumul des indemnités successivement versées ne peut dépasser le plafond de la garantie, soit 20 000 RMB.** Cette garantie prendra fin lorsque ce plafond est atteint.

Plafond d'indemnité journalière : plafond journalier des frais de consultations.

Franchise : la franchise de la présente garantie est fixée à concurrence de 650 RMB (déduction cumulée en une fois de 650 RMB au cours d'une période d'assurance), la partie inférieure à la franchise ne faisant pas l'objet d'une indemnisation.

Les dépenses de traitement ambulatoire et d'urgence comprennent : les frais liés aux traitements ambulatoires généralistes, traitements d'urgence, chirurgies ambulatoires, observations cliniques en cas d'urgence ainsi que les frais relatifs en raison des traitements ambulatoires effectués avant ou après l'hospitalisation et à cause de la même maladie.

A savoir, les traitements en consultations externes ou en urgence à cause de la fièvre, la douleur abdominale, la perte de connaissance, infection des voies respiratoires supérieures et etc.

Calcul de remboursement : **(la somme de tous les frais raisonnables inférieures à limite journalière de 600 RMB - 650 RMB) * 85% = montant remboursable** (le total de frais raisonnables ne comprend pas de frais à la charge totale ou partielle de l'assuré prévus par la sécurité sociale locale).

Attention :

1. Les organisations d'assurances médicales susmentionnées impliquées dans toutes les garanties médicales ne sont limitées qu'aux hôpitaux publics sur le territoire de la Chine continentale. Si l'assuré reçoit des traitements dans les zones de garde malade à étrangers, les zones de garde malade VIP, les chambres privées, les salles de malades classe A, les studios, les zones de garde malade à traitement spécial, les chambres de garde malade à traitement spécial, et les chambres de garde malade de cadres supérieurs ainsi que des zones ou chambres de garde malade similaires, tous les frais de soins médicaux engendrés en l'occurrence ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement par l'assureur.
2. Dans le cas où une partie ou la totalité des frais de soins médicaux susmentionnés est prise en charge par

une tierce personne, l'assureur n'est tenu qu'à indemniser la partie restante des frais raisonnables qui peuvent être couverts par la sécurité sociale locale, mais une limite s'applique également aux frais tels que frais de lit, frais de soins infirmiers et frais journaliers de consultations ambulatoires et d'urgence décrites dans les garanties ci-dessus. Si le tiers a compensé le pourcentage de la partie restreinte, on déduira le montant déjà compensé en se basant sur le montant restreint, notre compagnie ne compense que la partie restante, s'il n'y a pas de pourcentage de compensation, la partie restreinte en conformité avec les normes d'assurance de soins médicaux de base locale, le montant normal de cet élément sera déduit sur la base du montant restreint pour compenser le montant restant, en se limitant au montant assuré.

3. Les frais de traitements médicaux mentionnés dans les garanties ci-dessus ne se limitent qu'aux dépenses qui peuvent être remboursées en conformité avec les réglementations locales sur la sécurité sociale locale, les dépenses à la charge totale ou partielle de l'assuré ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement par l'assureur.
4. Un délai de carence de 30 jours à compter de la date d'effet de l'assurance s'applique pour la première souscription ou la souscription non continue à la présente assurance. Toute affection ainsi que les traitements qui y sont liés pendant ce délai ne sont pas pris en charge par l'assureur. Or ce mécanisme ne s'effectue pas dans le cadre des souscriptions continues ou des traitements de l'assuré à cause d'un accident imprévu.

II. Exclusions

1. Exclusions relatives aux garanties Décès et Invalidité accidentelle

Ne pourrions pas faire l'objet d'une indemnisation toutes les circonstances suivantes qui donnent lieu au décès ou à l'invalidité accidentelle de l'assuré :

- 1) Meurtre ou blessure commis intentionnellement à l'assuré par le souscripteur ou le bénéficiaire;
- 2) Automutilation, suicide, participation volontaire à un délit intentionnel par l'assuré ou son refus de se conformer aux mesures pénales coercitives légitimement appliquées à son encontre;
- 3) Rixe, usage abusif de l'alcool, usage ou injection volontaire de drogues par l'assuré;
- 4) Conduit des véhicules à moteur en état d'ivresse, conduite des véhicules à moteur sans permis de conduite valide et légal, ou conduite d'un véhicule sans carte grise valable par l'assuré;
- 5) Guerre, conflit militaire, émeute ou rébellion armée;
- 6) Explosion nucléaire, radiation nucléaire ou pollution nucléaire;
- 7) Lésions résultant d'une grossesse, d'une fausse couche ou d'un accouchement de l'assuré;
- 8) Accidents médicaux en raison des chirurgies esthétiques, des interventions médicales ou des opérations chirurgicales;
- 9) Prise des médicaments par l'assuré sans autorisation du médecin ou non-respect de l'ordonnance ; pourtant les médicaments sans ordonnance pris suivant les instructions du mode d'emploi ne se limite pas dans cette contrainte ;
- 10) Pendant la période où l'assuré souffre du sida (AIDS) ou infecté par le virus du sida (VIH-positif) ;
- 11) Décès ou invalidité de l'assuré survenant en dehors de la Chine continentale;
- 12) Pratique par l'assuré des sports à haut risque tels que la plongée, le parachutisme, le varappe, le saut à l'élastique, le vol en planeur ou en parapente, l'expédition, la lutte, les compétitions d'arts martiaux, les cascadeurs, les courses de chevaux, les courses automobiles, etc.;
- (13) Sont exclus toute personne qui fournit de fausses informations et ceux qui ne possèdent pas le statut d'étudiant mais sont assurés à titre d'étudiant;
- (14) Accidents survenus lors du travail à temps partiel de l'assuré pendant la période de ses études.

Le décès de l'assuré en relation avec toute circonstance décrite ci-dessus entraîne l'extinction des obligations de l'assureur envers l'assuré.

2. Exclusions relatives aux garanties Soins Médicaux (traitement médical accidentel, hospitalisation, consultations ambulatoires et traitement d'urgence)

Ne pourrons pas faire l'objet d'une prestation toutes les circonstances suivantes qui engagent des frais médicaux à l'assuré :

- 1) Meurtre ou blessure commis intentionnellement à l'assuré par le souscripteur ou le bénéficiaire;
- 2) Automutilation, suicide, participation volontaire à un délit intentionnel par l'assuré ou son refus de se conformer aux mesures pénales coercitives légitimement appliquées à son encontre;
- 3) Rixe, état d'ivresse ou d'être sous l'emprise de l'alcool, usage ou absorption ou injection volontaire de drogues par l'assuré;
- 4) Conduit des véhicules à moteur en état d'ivresse, conduite des véhicules à moteur sans permis de conduite valide et légal, ou conduite d'un véhicule sans carte grise valable par l'assuré;
- 5) Guerre, conflit militaire, émeute ou rébellion armée;
- 6) Explosion nucléaire, radiation nucléaire ou pollution nucléaire;
- 7) Maladies congénitales, maladies héréditaires, affections préexistantes subies par l'assuré (maladies ou affections existantes antérieurement à la prise d'effet du contrat et non continuel dans la période d'assurance);
- 8) Infection par VIH ou SIDA, ou des maladies sexuellement transmissibles ;
- 9) Grossesse, fausse couche, accouchement, traitement de l'infertilité, insémination artificielle, examen prénatale et postnatale, contrôle des naissances (y compris la stérilisation), avortement, ainsi que les complications résultent de causes ci-dessus mentionnées ;
- 10) Accidents médicaux en raison des chirurgies esthétiques, des interventions médicales ou des opérations chirurgicales;
- 11) Frais engagés pour les soins dentaires, tels que le nettoyage, l'implant, la prothèse, la couronne, le dent de porcelaine ainsi que ceux de la réparation, l'orthodontique, l'hygiène et la cosmétologie bucco-dentaire; les frais relatifs aux traitements dentaires raisonnables de l'assuré sont couverts par la présente assurance, tels que le plombage, le traitement du nerf, l'extraction, le traitement de dent barrée dûs à la carie, la pulpe, ou la fissure de dent ainsi que les traitements aux parodontoses, par exemple la parodontie, la gingivite, l'inflammation péri-apicale (le nettoyage dentaire n'est pas inclus);
- 12) Frais engagés pour les soins de l'assuré dans le cadre de l'orthopédie, de la chirurgie esthétique ou de la thérapie de réadaptation;
- 13) Bilan de santé, tests de dépistage ; toutes sortes de traitements pour prévenir les maladies ou améliorer l'état physique, ainsi que ceux pour la guérison et la convalescence ou tous les soins spéciaux de l'assuré ; des services tels que diverses vaccinations, réflexologie plantaire, massage et remise en forme;
- 14) Absorption, application ou injection des médicaments par l'assuré sans autorisation du médecin ou non-respect de l'ordonnance ;
- 15) Frais médicaux engagés pour les soins de l'assuré dans les hôpitaux privés, à la pharmacie et à la société des matériels médicaux en Chine continentale ainsi que toute dépense engendrée en dehors de cette étendue territoriale;
- 16) Accident de l'assuré ainsi que son suivi médical survenant à l'extérieur de la Chine continentale;
- 17) Frais de téléphone, de transport et de repas payés par l'assuré ;
- 18) Pratique par l'assuré des sports et compétitions professionnels à haut risque, notamment la plongée, le parachutisme, le vol en parapente, le roller, le ski, le patinage, le saut à l'élastique, le varappe, la lutte, le judo, le taekwondo, les arts martiaux, le karaté et l'escrime ;
- (19) Sont exclus toute personne qui fournit de fausses informations et ceux qui ne possèdent pas le statut d'étudiant mais sont assurés à titre d'étudiant;
- 20) Frais engendrés pour le traitement expérimental de l'assuré à l'hôpital, basés sur la médecine expérimentale ;

- 21) Si selon la stricte interprétation des conditions d'hospitalisation de l'hôpital impliqué, l'assuré ne satisfait pas aux exigences d'hospitalisation mais il se fait hospitaliser à son propre gré ou de manière mensongère, les frais engendrés en l'occurrence ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement ;
- 22) Frais engendrés lors du travail à temps partiel de l'assuré pendant la période de ses études.

III. Cotisations

Garanties	Plafond (Yuan) RMB	8-69 ans	
		Prime semestriel (Yuan/par assuré)	Prime annuel (Yuan/par assuré)
Décès et Invalidité accidentelle	100 000	400	800
Traitement médical en cas d'accidents	20 000		
Hospitalisation	400 000		
Soins médicaux en cas de consultations ambulatoires et d'urgence (Indemnité journalière limitée à 600 RMB, 85% de la partie supérieure à la franchise de 650 RMB est remboursable)	20 000		

Attention : les éléments non exposés dans ce document doivent s'exécuter en conformité avec 《国任财产保险股份有限公司附加意外伤害保险（2022版）条款》（C00014232322022062811611号）、《国任财产保险股份有限公司附加意外医疗保险条款》（C00014232522021042044092号）、《国任财产保险股份有限公司住院医疗费用保险（D款）条款》（C00014232512021062817971号）、《国任财产保险股份有限公司附加门急诊医疗费用保险条款》（C00014232522021061799611号）、《国任财产保险股份有限公司附加住院津贴医疗保险条款》（C00014232522021051468622号）、《国任财产保险股份有限公司附加疾病身故及全残保险条款》（C00014232622020102617952号）。

Règlement des sinistres

Veillez appeler 400 810 5119 pour demander un diagnostic préliminaire avant des consultations externes

I. Processus de règlement d'un sinistre :

Processus standard pour régler un sinistre suivant un accident garanti est comme le suit :

Premièrement, se renseigner et déclarer un sinistre : en cas de besoin de consultations externes, veuillez appeler 400 810 5119 pour obtenir un diagnostic préliminaire, une orientation médicale ainsi que des conseils sur le règlement du sinistre par un médecin de secours.

Deuxièmement, déposer une demande d'avance sur les frais d'hospitalisation : si, après des consultations et traitements ambulatoires, le médecin confirme qu'une hospitalisation est nécessaire, l'assuré peut demander une avance sur les frais d'hospitalisation et cette avance s'effectuera conformément aux procédures relatives une fois que l'assureur confirme que l'assuré satisfait aux conditions pour bénéficier du tiers payant.

Attention : dans les cas où l'assuré est directement hospitalisé sans déclaration et diagnostic préliminaire auprès du service 400 810 5119 ou sans consultations et traitements ambulatoires (y compris la situation où les conditions de l'assuré ne répondent pas aux exigences de l'hospitalisation, mais il demande au médecin ambulatoire de la prescrire), l'assuré ne peut pas bénéficier du tiers payant pour les frais d'hospitalisation. Toute demande d'avance n'étant pas déposée en conformité avec les procédures ci-dessus ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement et les frais de soins engagés en l'occurrence seront à la charge de l'assuré.

II. Justificatifs exigés pour le règlement du sinistre

1. Garanties Décès et Invalidité accidentelle

- A. Copie des pièces d'identité de l'assuré
- B. Certificat médical de consolidation en cas d'invalidité (devant être émis par un établissement d'évaluation désigné)
- C. Attestation de décès de l'assuré
- D. Justificatifs de nature à établir la survenance de l'accident (par exemple, l'attestation déterminant la responsabilité pour l'accident ou le rapport d'identification criminelle émis par les bureaux de sécurité publique en cas d'accident de la route, les pièces qualificatifs qui justifient la nature suicidaire ou accidentelle du décès et qui sont émises par les bureaux de sécurité publique ou les services concernés en cas de chute et du noyade, le rapport quantitatif sur le taux d'alcoolémie en cas d'accidents impliquant de l'alcool)
- E. Justificatifs d'état civil permettant d'établir les liens de filiation entre l'assuré et le bénéficiaire ainsi que copie des pièces d'identité des bénéficiaires.

2. Garantie Traitement médical en cas des accidents

- A. Copie des pièces d'identité de l'assuré
- B. Justificatifs de nature à établir la survenance de l'accident (par exemple, l'attestation déterminant la responsabilité en cas d'accident de la route émise par les bureaux de sécurité publique)
- C. Copie originale des factures et du relevé de frais, ainsi que copie des dossiers médicaux (chaque consultation ambulatoire devant avoir un dossier correspondant) et des rapports d'examen et de tests de laboratoire

3. Garantie Hospitalisation

- A. Copie des pièces d'identité de l'assuré
- B. Justificatifs de nature à établir la survenance de l'accident (par exemple, l'attestation déterminant la responsabilité en cas d'accident de la route émise par les bureaux de sécurité publique)
- C. Certificats médicaux, copie originale des factures et du relevé des frais d'hospitalisation, ainsi que copie de la feuille sommaire ou du dossier médical d'hospitalisation

4. Garantie Soins médicaux en cas de consultations ambulatoires et d'urgence

- A. Copie des pièces d'identité de l'assuré
- B. Copie originale des factures
- C. Copie des dossiers médicaux (les dates des ordonnances médicales doivent correspondre une à une avec celles des factures), du relevé des frais, et des rapports d'examen et de tests de laboratoire

Si la somme cumulée dépasse la franchise de 650 RMB, l'assuré doit produire la copie originale des factures inférieures à 650 RMB ainsi que la copie des dossiers médicaux, du relevé des frais, et des rapports d'examen et de tests de laboratoire.

5. Garantie Soins infirmiers

Copie originale de factures de frais pour soins infirmiers émises par l'hôpital ou la société de soins infirmiers pendant l'hospitalisation.

Consignes à la déclaration de remboursement pour desdits frais médicaux :

(1) A chaque demande de remboursement, il est obligé d'annexer, dans le dossier de déclaration, le numéro de compte bancaire et les informations exactes du compte de l'assuré ouvert sur la Chine continentale, en incluant notamment l'intitulé du compte, le numéro de compte, et les informations de la banque domiciliaire. Les informations susmentionnées peuvent être présentées par l'intermédiaire de la photocopie du livret de caisse d'épargne ou le tableau des informations du client de la banque (pour plus d'informations, veuillez appeler le 400 810 5119).

(2) Si l'assuré perçoit des traitements dans deux ou plusieurs hôpitaux en raison d'un sinistre garanti, il est tenu de produire pour chaque consultation et traitement les justificatifs tels que certificat de diagnostic et la photocopie du dossier médical.

Adresse postale des services de remboursement : Etage 10, Bâtiment Ping An, N°23 Rue financière, District du Xicheng, Beijing 100033

A destination de : Service pour les étrangers en Chine

Téléphone : 400 810 5119

Ce plan consiste en un forfait d'offres d'assurance

Pour les dernières mises à jour du contenu de l'assurance, veuillez consulter le site web Assurance pour études internationales (www.lxbx.net)

La présente brochure est destinée à l'information sur le contenu du produit.

En cas de litige relatif à l'interprétation des présentes, la version chinoises prévaudra sur toute autre traduction.