# Expat+ (First'Expat+/Relais'Expat+)

## Notice d'information valant conditions générales

- **Notice d'information valant CG – Frais de santé**
- **Notice d'information valant CG – Assistance simple**
- **Notice d'information valant CG – Assistance complète**

MSH
DiotSiaci Group

# FIRST'EXPAT+//RELAIS'EXPAT+

## // NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES



## // NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# SOMMAIRE


1./ PRÉSENTATION D'ASFE, DE SON GESTIONNAIRE MSH ET OBJET DU CONTRAT ..... 3
1.1. / PRESENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH) ..... 3
1.2. / OBJET DU CONTRAT ..... 3
1.3. / DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE ..... 4
1.4. / DETAILS DES FRANCHISES ..... 5
1.5. / ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT ..... 5
1.6. / ZONES D'EXCLUSIONS DE COUVERTURE (ZONES ROUGES) ..... 6
2./ DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ ..... 7
3./ GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL ..... 14
3.1. / TABLEAU DES GARANTIES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LES ZONES DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4 ..... 14
3.2. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES (ZONE DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4) ..... 18
3.3. / GARANTIES SANTE POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA ..... 23
4./ EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT) ..... 31
5./ MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT ..... 34
5.1. / VOTRE CONTRAT ..... 34
5.2. / LA VIE DE VOTRE CONTRAT ..... 35
5.3. / REMBOURSEMENTS ..... 39
5.4. / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT ..... 39
5.5. / INFORMATIONS LEGALES ..... 41
6./ CONTACTER MSH ..... 47
7./ ANNEXE 1: LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE ..... 48

# 1./ PRÉSENTATION D'ASFE, DE SON GESTIONNAIRE MSH ET OBJET DU CONTRAT

## 1.1. / PRESENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH)

Vous avez choisi une couverture d'assurance santé Internationale souscrite par L'Association of Services for Expatriates (ASFE), auprès de Groupama Gan Vie et gérée par MSH International et nous vous en remercions.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901.
Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. L'ASFE sera ci-après dénommée « ASFE » ou « l'Association contractante ».

MSH International, concepteur et Gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 500 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le Monde. MSH International met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. MSH International, organisme mandaté par l'Assureur pour gérer le contrat sera ci-après dénommé « MSH International », « le Gestionnaire », « l'Organisme Gestionnaire » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Le contrat est souscrit auprès de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ci-après dénommée « l'Assureur ».

## 1.2. / OBJET DU CONTRAT

Les Contrats d'assurance FIRST' EXPAT+ et RELAIS' EXPAT+ souscrits par l'ASFE sont des contrats dit « de groupe ouvert » auquel vous adhérez. Ils proposent une couverture au 1er euro/ au 1er dollar ou en complément des prestations servies par la CFE (Caisse des Français de l'Étranger), à l'exclusion de tout autre régime de protection sociale.
Le contrat RELAIS'EXPAT+ est exclusivement réservé aux personnes affiliées à la CFE et à jour de leurs droits auprès de cet organisme. Le maintien de l'affiliation à la CFE constitue une condition essentielle d'adhésion et de garantie.
Ces contrats ont pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de Prestations, dès le 1er euro / le 1er dollar ou en complément des prestations servies par la CFE, en remboursement des frais de santé engagés par un membre Adhérent de l'ASFE vivant hors de son Pays d'origine, dans un cadre privé ou professionnel, ainsi que par ses éventuels Ayants droit ci-après définis, résidant ou non dans le même pays étranger, s'ils sont inscrits au contrat.
Votre adhésion à l'un de ces contrats sera ci-après désignée sous le terme « Votre adhésion ». Vous et vos éventuels ayants droit inscrits au contrat serez ci-après dénommés « Assuré ».

Chaque contrat prévoit des garanties santé de base qui peuvent être complétées par des garanties optionnelles ainsi que 4 niveaux de prestations, Quartz, Pearl, Sapphire, et Diamond (se reporter au paragraphe 1.3/ DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE ).
Chaque contrat comporte également 5 zones de couvertures (se reporter au paragraphe 1.5/ ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT.

Ces contrats sont numérotés comme suit :

FIRST' EXPAT+ (1er euro / 1er dollar):

- n°0210/863689/00010, n° 0210/863689/00020, n° 0210/863689/00030, n° 0210/863689/00040 et n° 0210/863689/55555 ; n° 0210/644144/00000 (1er euro hospi) ;
- n° 0210/863691/00020, N°0210/863691/00030, N° 0210/863691/00040 et N° 0210/863691/55555 ; n° 0210/644144/55555 (1er dollar américain hospi) ;

RELAIS' EXPAT+ (en complément CFE) :

- n° 0210/863690/00010, n° 0210/863690/00020, n° 0210/863690/00030, n° 0210/863690/00040 et n° 0210/863690/55555 ; n° 0210/644145/00000 (hospi).
- n° 0210/863692/00020, n° 0210/863692/00030, n° 0210/863692/00040 et n° 0210/863692/55555.

Dans le cadre de cette adhésion, vos garanties santé sont systématiquement complétées par des garanties d'assistance médicale. Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, garantit et exécute les Prestations d'Assistance.

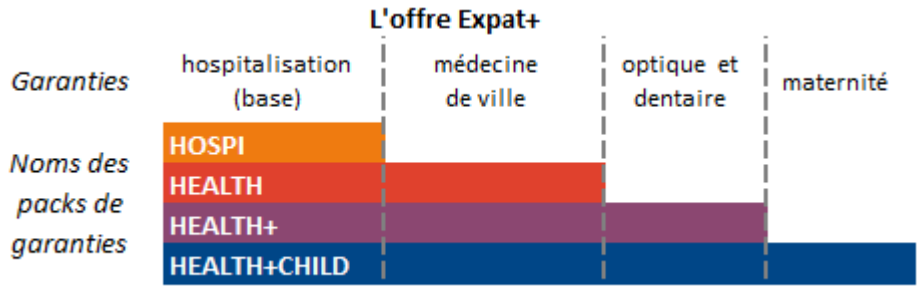
Les contrats proposent ainsi une offre très complète et modulable adaptée aux besoins de chacun. Vous pouvez également souscrire des garanties de prévoyance en cas de décès et d'arrêt de travail.

## 1.3. / DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE

**1.3.1 Les contrats prévoient :**

- Un NIVEAU DE GARANTIE DE BASE (dénommée commercialement HOSPI) relative aux soins d'hospitalisation.
- Trois GARANTIES OPTIONNELLES qui viennent compléter la GARANTIE DE BASE (HOSPI ci-dessus), au choix de chaque Adhérent, relatives à la prise en charge des frais suivants :
  - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 1 (dénommée commercialement HEALTH) : Médecine courante, Médecine ambulatoire courante, Médecine préventive et alternative, pharmacie, d'appareillage et de Prothèses médicales,
  - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 2 (dénommée commercialement HEALTH+) : Optique et Dentaire
  - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 3 (dénommée commercialement HEALTH+CHILD) : Maternité.

Attention :
- Le niveau 2 ne peut être retenu que si la garantie optionnelle Niveau 1 est elle-même retenue.
- Le niveau 3 ne peut être retenu que si la garantie optionnelle Niveau 2 est elle-même retenue




Au sein de chacune de ces garanties, quatre formules - Quartz, Pearl, Sapphire et Diamond - accordant des niveaux de prestations croissants, sont proposées à l'adhésion par chaque Adhérent, au titre des contrats FIRST' EXPAT+ et RELAIS' EXPAT+.

Le contrat prévoit également, au titre de la Garantie de base (HOSPI), et des Garanties optionnelles Niveau 1 (HEALTH) et niveau 2 (HEALTH+) (garantie optionnelle Niveau 3 Maternité exclue), la possibilité pour l'Adhérent de retenir ou non une Franchise telle que définie dans le chapitre 3/ GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL. Outre la possibilité de ne pas avoir de Franchise, quatre montants de Franchise sont proposés :

| Franchise exprimée en € (EURO) | Franchise exprimée en $ (DOLLAR US) |
|---|---|
| 350 € | 500 $ |
| 750 € | 1 000 $ |
| 2 000 € | 2 500 $ |
| 4 000 € | 5 000 $ |

Voir conditions spécifiques en fonction des zones et formules choisies au paragraphe 0/ DETAILS DES FRANCHISES.

Pour la Zone 5 (USA), le contrat propose également différents montants de co-paiement.

Il est précisé que :
- les garanties optionnelles, lorsqu'elles sont retenues par l'Adhérent, s'appliquent également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits sur le Certificat d'adhésion,
- l'Adhérent qui souscrit les garanties optionnelles n'aura la possibilité de résilier ultérieurement son adhésion aux garanties optionnelles qu'une seule fois pendant toute la durée du contrat pour ne retenir que les garanties de base.
- Pour la zone 5 (USA), il n'est pas possible de souscrire au pack de garanties HOSPI : les assurés doivent souscrire au minimum à la formule HEALTH.

## 1.4. / DETAILS DES FRANCHISES

Les contrats FIRST' EXPAT+ et RELAIS' EXPAT+ prévoient, en fonction des zones et formules choisies, 4 montants de Franchise définis comme suit :

| | Franchises | | | |
|---|---|---|---|---|
| **QUARTZ** | **350 € / 500 $** | **750 €/ 1 000 $** | **2 000 €/2 500 $** | **4000 €/5000 $** |
| Zone 4 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 3 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |
| Zone 2 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |
| Zone 1 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |

| **PEARL** | **350 € / 500 $** | **750 €/ 1 000 $** | **2 000 €/2 500 $** | **4000 €/5000 $** |
|---|---|---|---|---|
| Zone 5 (USA) | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **OUI** |
| Zone 4 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 3 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 2 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |
| Zone 1 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |

| **SAPPHIRE** | **350 € / 500 $** | **750 €/ 1 000 $** | **2 000 €/2 500 $** | **4000 €/5000 $** |
|---|---|---|---|---|
| Zone 5 (USA) | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **OUI** |
| Zone 4 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **OUI** |
| Zone 3 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 2 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |
| Zone 1 | **OUI** | **OUI** | **NON** | **NON** |

| **DIAMOND** | **350 € / 500 $** | **750 €/ 1 000 $** | **2 000 €/2 500 $** | **4000 €/5000 $** |
|---|---|---|---|---|
| Zone 5 (USA) | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **OUI** |
| Zone 4 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **OUI** |
| Zone 3 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 2 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |
| Zone 1 | **OUI** | **OUI** | **OUI** | **NON** |

## 1.5. / ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT

Les contrats FIRST' EXPAT+ et RELAIS EXPAT+ prévoient 5 Zones de couverture différentes, définies comme suit :

- Zone 5 : USA et territoires relevant des USA (Porto Rico, Iles Vierges des Etats-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines), ainsi que les pays des Zones 1, 2, 3 et 4,
- Zone 4 : Bahamas, Brésil, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour ainsi que les pays des Zones 1, 2 et 3,
- Zone 3 : Australie, Autriche, Canada, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle Calédonie, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Qatar, Saint Kitts et Nevis, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie et Vanuatu, ainsi que les pays des Zones 1 et 2,
- Zone 2 : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Belize, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, Portugal, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Uruguay, Wallis et Futuna, ainsi que les pays de la Zone 1,
- Zone 1 : Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5.

**Les territoires non listés ci-dessus sont rattachés à la même zone de couverture que le pays continental dont ils dépendent**

Rappel : Pour la zone de couverture 5, seuls les packs garanties HEALTH, HEALTH+ et HEALTH+CHILD sont disponibles (le pack HOSPI n'est pas disponible pour une couverture en zone 5)

## 1.6. / ZONES D'EXCLUSIONS DE COUVERTURE (ZONES ROUGES)

**Il est précisé qu'en cas de classement d'un pays ou d'une zone en « zone rouge » par le ministère des Affaires étrangères français, les dispositions suivantes s'appliquent :**

**• Lors de la demande d'adhésion au contrat :**
**L'adhésion est refusée lorsque le pays ou la zone géographique classifié(e) « zone rouge » correspond au pays d'expatriation ou au pays d'origine de l'adhérent, ou lorsque le déplacement envisagé concerne un pays ou une zone géographique classifié(e) « zone rouge ».**

**• En cours d'adhésion :**
**Lorsque le pays ou la zone géographique classifié(e) « zone rouge » correspond au pays d'expatriation ou au pays d'origine de l'adhérent, la couverture demeure applicable, que le déplacement soit effectué à titre privé ou professionnel, et sous réserve que l'adhérent ne prenne pas une part active aux événements à l'origine de ce classement, conformément aux exclusions prévues au contrat. Ainsi, la garantie reste applicable lorsque l'adhérent est victime passive de tels événements et n'y participe pas activement.**

**Lorsque le pays ou la zone géographique classifié(e) « zone rouge » ne correspond ni au pays d'expatriation, ni au pays d'origine de l'adhérent, et que le déplacement est effectué à titre privé, la couverture est suspendue pendant toute la durée du déplacement de l'adhérent dans ladite zone, y compris pour les frais d'hospitalisation et les soins médicaux d'urgence.**

**La liste des pays ou zones géographiques classifiés « zone rouge » est susceptible d'évoluer et fait l'objet de mises à jour régulières par le ministère des Affaires étrangères français. Les garanties sont appliquées ou suspendues en conséquence pour la durée effective de cette classification.**

# 2./ DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ

Vous trouverez ci-dessous les définitions des termes utilisés dans ce document (Notice d'information valant Conditions Générales).

**Accident :** Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il appartient à l'Assuré d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Accord préalable : La prise en charge par l'assureur de certains types de frais, de soins ou de Prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série (par exemple les séances de kinésithérapie), les traitements onéreux ou les Prothèses de toute nature, est subordonnée à un accord préalable du médecin conseil de l'assureur. Avant d'engager les soins, la personne assurée doit faire compléter par le praticien qui a prescrit ces actes, une demande d'accord préalable qu'elle transmettra accompagnée d'un devis détaillé, afin de préalablement et obligatoirement demander et disposer de l'accord de l'assureur ou du Gestionnaire pour obtenir leur prise en charge effective. Les frais concernés figurent au tableau des garanties.

**Accouchement sans complication :** Désigne un accouchement ne nécessitant pas un geste chirurgical complémentaire décidé en Urgence : souffrance fœtale pendant le travail, rétention placentaire, hémorragie du post-partum. Toute césarienne non Médicalement nécessaire sera considérée comme Accouchement sans complication.

**Acupuncture:** Branche de la Médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soulager différentes Maladies ou provoquer un effet analgésique.

**Adhérent :**

- **pour les assurés ayant choisi la zone 5**

Personne, âgée de moins de soixante-et-onze (71) ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article **Erreur ! Source du renvoi introuvable.Erreur ! Source du renvoi introuvable.** au chapitre VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES, pour elle-même et ses éventuels Ayants droit et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

- **pour les assurés ayant choisi les zones 1, 2 ,3 ou 4**

Personne, âgée de moins de soixante-seize (76) ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES, pour elle-même et ses éventuels Ayants droit et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

**Affection de longue durée :** Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. La liste des affections de longue durée ou ALD est définie par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette liste est reportée en annexe.p.100.

**Analyses :** Examens y compris les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés ou dans le cadre du suivi de la pathologie.

**An (par an) :** La mention « par an » utilisée dans les tableaux des garanties signifie « par année civile ».

**Année d'assurance:** L'Année d'assurance couvre la période à compter de la Date d'effet de l'Adhésion au contrat jusqu'au 365e jour suivant cette date, avec renouvellement à chaque date anniversaire par tacite reconduction.

**Appel de cotisation:** Un Appel de cotisation (également parfois appelé avis d'échéance) est un document qui vous indique le montant de vos Cotisations d'assurance et la période couverte. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement des Cotisations d'assurance s'effectue.

**Association contractante :** ASFE. Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses Adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

**Assuré ou bénéficiaire :** Désigne de manière générique l'Adhérent et ses Ayants droit inscrits au contrat qui bénéficient des garanties du contrat. Il reçoit la Prestation couverte par l'Assureur au titre d'un sinistre déclaré et garanti par le contrat d'assurance. Dans le contrat, les assurés/bénéficiaires sont également désignés par le terme « Vous ».

**Assureur :** Dans le contrat, Groupama Gan Vie, entreprise régie par le code des assurances, est l'Assureur des garanties d'assurance du contrat.

**Attestation d'assurance:** Document ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes: nom de l'Adhérent, noms des Ayants droit inscrits à l'adhésion au contrat, Date d'effet de l'adhésionet des garanties , numéro et type d'adhésion souscrite, Durée de l'adhésion, Assureur du contrat, garanties, Zone de couverture sélectionnée et Franchise choisie.

**Ayant(s) droit:** Peuvent être considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat: le Conjoint, Partenaire d'un pacte civil de solidarité ou Concubin de l'Adhérent et Enfant(s) à charge tels que définis au présent article.

**Auxiliaire médical:** Professionnel de santé diplômé qui exerce une profession paramédicale et qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les actes sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à sa pratique. Les auxiliaires médicaux sont les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes.

**Bilans de santé :** Examens ou Analyses, réalisés tout au long de la vie, entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent (se référer au tableau des garanties santé pour connaître la liste exacte des examens pris en charge au titre de cette garantie).

**Certificat d'adhésion :** Document unique, édité uniquement à l'adhésion, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhérent et précise, outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion, les garanties choisies, la Zone de couverture sélectionnée et la Franchise choisies et la Cotisation correspondante. Le Certificat

d'adhésion correspond aux conditions particulières de l'adhésion au contrat.

**Certificat de radiation :** Document fourni afin d'attester de la fin de l'adhésion au contrat. Ce certificat est généralement demandé par votre nouvel organisme d'assurance santé si l'Adhérent change de contrat d'assurance santé.

**CFE :** Caisse des Français de l'Étranger, organisme français de sécurité sociale, qui a pour vocation et mission d'assurer les expatriés dans le monde entier.

**Chambre particulière, semi-particulière ou partagée :** Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans :

- une chambre individuelle (chambre particulière),
- une chambre pour 2 personnes seulement (chambre semi-particulière),
- ou une chambre pour 3 personnes et plus (chambre partagée).

**Les chambres de luxe, VIP et les suites ne sont pas couvertes.**

**Chiropractie:** Méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulations.

**Chirurgie ambulatoire:** Chirurgie réalisée dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

**Chirurgie dentaire:** Désigne tout acte médical de Chirurgie dentaire avec anesthésie incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale.

**Chirurgie réfractive :** Traitements chirurgicaux, généralement par laser, des défauts visuels de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône.

**Complications à l'accouchement :** Terme servant à désigner les pathologies suivantes susceptibles de survenir durant l'accouchement et pour lesquelles une procédure obstétrique s'avère indispensable : souffrance fœtale pendant le travail, rétention placentaire et hémorragie du post-partum. Elles incluent également la césarienne dès lors que celle-ci est Médicalement nécessaire. Les Complications à l'accouchement ne sont prises en charge que si le Bénéficiaire est couvert par la garantie Maternité (option commercialement connue sous le nom de « HEALTH+CHILD »).

**Concubinage :** Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

**Concubin :**

- **pour les assurés ayant choisi la zone 5**

Personne âgée de moins de soixante-et-onze (71) ans à la date d'adhésion, vivant en Concubinage avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si l'Adhérent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS). En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.

- **pour les assurés ayant choisi leszones 1, 2, 3 ou 4 :**

Personne âgée de moins de soixante-seize (76) ans à la date d'adhésion, vivant en Concubinage avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si : l'Adhérent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS),
En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.

**Condition médicale préexistante:** Les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance.

**Conjoint :**

- **pour les assurés ayant choisi la zone 5 :**

Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de soixante-et-onze (71) ans à la date d'adhésion. Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

- **pour les assurés ayant choisi leszones 1, 2, 3 ou 4 :**

Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de soixante-seize (76) ans à la date d'adhésion. Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

**Contrat au 1er Euro/Dollar :** Contrat dont le remboursement des frais de santé se fait dès le 1er euro/dollar dépensé (dans la limite des garanties souscrites), c'est à dire sans l'intervention d'un quelconque organisme de base (comme un régime de protection sociale).

**Contrat d'assurance de groupe ouvert :** Concerne les contrats d'assurance dont l'adhésion est ouverte à titre individuel et facultatif. Les personnes se réunissent alors en groupe à travers une Association contractante, et souscrivent une adhésion au contrat d'assurance.

**Co-paiement :** Montant fixe défini au contrat par acte ou par visite et qui reste à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, applicable par personne.

**Cotisation :** Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

**Coûts usuels et raisonnables :** Ne sont considérés comme Coûts usuels et raisonnables, et donc remboursés, que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Les Coûts usuels et raisonnables (CUR) sont basés sur les données d'expérience de MSH, sur la constatation des coûts médicaux usuels pratiqués dans le pays de soin et selon les barèmes de remboursement du régime de protection sociale français lorsque les soins sont pratiqués en France.
**Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été**

**engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie**.

L'abréviation CUR sera utilisée dans la présente notice d'information valant conditions générales pour faciliter la lecture.

***Attention :* Certains établissement hospitaliers, comme l'Hôpital Américain de Paris en France, le Mount Elizabeth Hospital, le Mount Elizabeth Novena et le Gleaneagles Hospital à Singapour, le Hong-Kong Adventist Hospital, le Hong-Kong Sanatorium and Hospital Medical Group et les établissements Matilda international Hospital and Matilda Medical Center à Hong-Kong, les établissements Bumrungrad International Hospital en Thaïlande, les établissements QuironSalud et HM Sanchinarro en Espagne, l'Hôpital international Acibadem en Turquie, le Clémenceau Medical Center au Liban, l'Aspetar Hospital au Quatar et l'Hospital Albert Einstein au Brésil, l'Hospital ABC Observatorio, l'Hospital ABC Santa Fe et l'Hospital Angeles Metropolitano à Mexico, le North Shore University Hospital à Manhasset (NY), the Mount Sinaï Hospital à New York, le Cedars-Sinai Medical Center à Los Angeles (CA) et le Northwestern Memorial Hospital à Chicago (IL) pratiquent une tarification d'un montant généralement largement supérieur aux coûts usuels et raisonnables. En cas d'hospitalisation ou de soins pratiqués au sein de ce type d'établissement, l'assureur attire votre attention sur le fait que vous serez pris en charge à hauteur des coûts usuels et raisonnables déterminés par l'assureur. En conséquence, une part importante des dépenses est susceptible de rester à votre charge.**

**Date anniversaire - date de reconduction annuelle :** Chaque date d'anniversaire de l'adhésion au contrat, au terme de 365 jours continus d'assurance à compter de la date d'effet de l'adhésion (indiquée au Certificat d'adhésion).

**Date d'effet de l'adhésion :** Date spécifiée dans le Certificat d'adhésion à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet.

**Date d'effet des garanties :** Date spécifiée dans le Certificat d'adhésion à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet, après application des Délais de carence.

**Date de résiliation :** Date à laquelle les garanties prévues au contrat d'assurance prennent fin, à l'initiative de l'Adhérent, de l'Assureur ou de l'Association contractante (voir article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation)).

**Délai de carence / délai d'attente :** Période définie au contrat et reprise dans le Tableau des garanties, pendant laquelle l'adhésion est en vigueur et les garanties ne le sont pas encore. Les Délais de carence s'appliquent à compter de la Date d'effet de l'adhésion de chaque personne garantie par celle-ci.

**Délai de renonciation :** Un Délai de renonciation est accordé à une personne qui vient d'adhérer à un contrat d'assurance à adhésion facultative. Un Adhérent peut ainsi revenir sur sa décision de souscrire au contrat d'assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (voir article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre ANNULER L'ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DELAI DE RENONCIATION)

**Demande d'adhésion :** Désigne le document matérialisant la Demande d'adhésion de l'Adhérent au contrat, et toute autre déclaration faite par l'Adhérent principal pour lui-même et ses éventuels Ayants droit listés dans la Demande d'adhésion.

**Demande d'accord préalable :** Avant d'engager certains types de frais, de soins ou de Prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série, les traitements onéreux ou les Prothèses de toute nature, l'Assuré doit préalablement et obligatoirement demander et disposer de l'accord de l'Assureur ou du Gestionnaire pour obtenir la Prise en charge effective (sur présentation d'un rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas et d'un devis chiffré).

**Diététicien :** Professionnel de santé diplômé expert en nutrition et alimentation qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à sa pratique.

**Durée de l'adhésion :** Période de couverture du contrat de la date effective de l'adhésion indiquée au certificat d'adhésion à la date de cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation).

**Enfant à charge :** Enfant de l'Adhérent, de son Conjoint, Partenaire ou Concubin :

- Dans le cadre d'un contrat FIRST'EXPAT+ (1er Euro/Dollar) : l'enfant, âgé de moins de vingt-six (26) ans, s'il poursuit des études et est couvert par le contrat sera considéré comme à charge
- Dans le cadre d'un contrat RELAIS'EXPAT+ (complément CFE) : l'enfant âgé de moins de vingt (20) ans, s'il poursuit des études et est couvert par le contrat, sera considéré comme à charge

Dans tous les cas, pour les enfants de plus de dix-huit (18) ans, qui poursuivent des études et sont inscrits au contrat comme Ayants droit, un certificat de scolarité est requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

**Envoi recommandé électronique :** Équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L100 du Code des postes et communications électroniques.

Étranger : Tout pays du monde en dehors du Pays d'origine de l'adhérent.

**Franchise :** Désigne le montant à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, qui est déduit de la somme remboursable, applicable par personne et par Année d'assurance. Si cette option est sélectionnée elle sera indiquée dans le Certificat d'adhésion.

**Gestionnaire du contrat (organisme gestionnaire):** Désigne MSH International, société française de courtage d'assurance, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, qui gère les contrats souscrits par ASFE.

**Grossesse :** Période s'échelonnant entre la date de conception et la date d'accouchement.

**Homéopathie :** Méthode thérapeutique consistant à prescrire à un malade, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente.

**Hôpital :** Désigne un établissement de soins ou une institution médicale qui est enregistré(e) ou agréé(e) en tant qu'Hôpital médical ou chirurgical au titre de la réglementation locale dans le pays dans lequel il se situe et où l'Assuré est quotidiennement soigné ou sous la surveillance d'un Médecin ou d'une infirmière qualifié(e). **Ne peuvent prétendre au titre d'Hôpitaux les établissements suivants : centres de cure et de remise en forme, centres thermaux, maisons de repos, maisons de retraite, maisons de convalescence.**

**Hospitalisation de jour :** Soins administrés dans le cadre d'une admission de jour au sein d'un Hôpital ou un centre médical, comprenant l'usage d'une chambre d'Hôpital et les soins infirmiers, mais ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

**Hospitalisation d'urgence :** Soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un Hôpital ou un centre médical, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, suite à Maladie, Accident, infection...

**Hospitalisation à domicile :** Soins administrés au domicile du patient, comme une alternative à l'hospitalisation classique, avec au minimum le passage d'une infirmière une fois par jour, soumis à l'accord du service médical/entente préalable.

**Imagerie médicale :** L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser, tomographie...

**Kinésithérapie :** Ensemble des soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un Médecin a été délivrée avant le début du traitement. La couverture est limitée au nombre de séances et au plafond de remboursement spécifique à ce poste, tels qu'indiqué sur le Tableau des Garanties. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra être produit. La kinésithérapie exclut certains traitements dont la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages de bien-être, le Rolfing et la thérapie MILTA ainsi que toutes autres méthodes non reconnues par la communauté médicale scientifique.

**Maladie :** Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Maladie inopinée :** Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention d'un Médecin sous 48h.

**Maternité :** Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La Maternité n'est considérée ni comme une Maladie, ni comme un Accident.

**Médecin :** Professionnel de santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine, autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée, qui n'est pas membre de la famille d'une personne couverte en vertu de ce contrat.

**Médecin conseil :** Médecin attaché à un organisme public ou privé (compagnie d'assurances, caisse d'assurance Maladie etc.) chargé de donner à celui-ci un avis médical motivé sur les cas qui lui sont soumis.

**Médecin généraliste :** Le Médecin généraliste prend en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de Maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le Médecin généraliste est donc souvent consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la Maladie ou de référer le patient à un Médecin spécialiste.

**Médecin spécialiste :** Désigne un Médecin diplômé qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les soins sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité médicale reconnue: techniques de diagnostic, de traitement et de prévention spécifiques dans un domaine particulier de la médecine.

**Médecine alternative :** Désigne ici dans le cadre du contrat: l'Homéopathie, l'Acupuncture et la Médecine chinoise traditionnelle.

**Médecine courante (Soins de ville) :** Ensemble des Prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet... Les consultations dispensées à l'Hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des Soins de ville.

**Médecine traditionnelle chinoise :** Méthode thérapeutique asiatique qui n'établit pas une différence stricte entre le corps et l'esprit et repose sur une approche globale de la personne. Le traitement se base sur cinq piliers principaux : Acupuncture, diététique, thérapie médicamenteuse avec des substances végétales, minérales et animales, des massages et des mouvements.

**Médicalement nécessaire / nécessité médicale / nécessité absolue :** Désigne au titre de ce contrat, les soins, services, fournitures et matériels recommandés par un professionnel de santé diplômé qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires.
Ils doivent pour cela respecter les critères suivants :

- être nécessaires dans le but de diagnostiquer ou traiter une Maladie et/ou une blessure d'un patient ;
- être appropriés au diagnostic, aux symptômes ou au traitement du patient (dans le sens de la prise en compte de la sécurité du patient et du coût du traitement) ;
- être conformes aux normes et aux connaissances médicales et scientifiques au moment de l'administration des soins;
- n'être pas fournis principalement pour le confort du patient et/ou de son Médecin ;
- être justifiés sur le plan clinique en termes d'ampleur, de durée, d'effet médical prouvé et démontré, de fréquence, de niveau et de type ;
- être dispensés dans un établissement de soins et une salle appropriés et être du niveau de qualité approprié pour

traiter l'état médical du patient.

**Médicaments prescrits :** Désigne l'ensemble des produits (y compris les aiguilles hypodermiques, l'insuline et les seringues) dont la délivrance nécessite une ordonnance délivrée par un Médecin afin de traiter une Maladie dont le diagnostic a été confirmé ou dans l'objectif de compenser une carence dans une substance vitale pour l'organisme. Ces Médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la Maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils ont été prescrits.

**Notice d'information valant conditions générales :** Le document présent définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursement), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion et le Tableau des garanties.

**Orthodontie :** L'Orthodontie est une spécialité dentaire vouée à la correction des mauvaises positions des mâchoires et des dents afin d'optimiser la fermeture de la bouche (l'occlusion), pour un fonctionnement et un alignement correct.

**Orthophonie :** L'Orthophonie est une discipline paramédicale qui traite les personnes présentant des troubles de la communication et du langage parlé ou écrit par des actes de rééducation orthophoniques.

**Orthoptie :** Spécialité paramédicale ayant pour but d'évaluer et de mesurer les déviations oculaires, puis d'assurer la rééducation des yeux en cas de troubles de la vision binoculaire : strabisme, hétérophorie (déviation des axes visuels) ou insuffisance de convergence.

**Ostéodensitométrie :** Examen médical visant à la mesure de la densité osseuse par évaluation du contenu minéral des os (essentiellement du calcium), qui s'effectue le plus souvent par un type particulier de radiographie des vertèbres lombaires et/ou du col du fémur. Elle permet le dépistage de l'ostéoporose.

**Ostéopathie :** Méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrales ou musculaires du système musculo-squelettique et myofascial permettant de soulager certains troubles fonctionnels.

**Parodontologie :** Traitement dentaire indiqué dans le cas de Maladie de soutènement de la dent (gencive notamment).

**Partenaire :**

- **pour les assurés ayant choisi la zone 5 :**

Personne âgée de moins de soixante-et-onze (71) ans à l'adhésion liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS). Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil). Voir aussi *Concubin et Conjoint*.

- **pour les assurés ayant choisi les zones 1, 2, 3 ou 4 :**

Personne âgée de moins de soixante-seize (76) ans à l'adhésion liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS). Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil). Voir aussi *Concubin et Conjoint*.

**Participation aux frais de santé :** La participation aux frais de santé représente le pourcentage de chaque demande de remboursement non prise en charge par votre contrat d'assurance.

**Participation maximale annuelle aux frais de santé :** La participation maximale annuelle aux frais de santé est le montant maximum de participation aux frais de santé que vous devrez régler pendant l'Année d'assurance.

**Pays de nationalité :** Tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet, comme indiqué dans la Demande d'adhésion.

**Pays de résidence principale / pays d'expatriation :** Pays de résidence indiqué par l'Assuré dans sa Demande d'adhésion et mentionné dans son Certificat d'adhésion, ou porté par écrit à la connaissance de l'Assureur durant la vie du contrat, dans lequel l'Adhérent principal et ses éventuels Ayants droit vivent pendant au moins six mois de l'année. Ce pays ainsi indiqué par l'Adhérent doit correspondre au Pays de résidence principale pris en compte par les autorités de ce pays (notamment par les autorités fiscales). Le Pays de résidence principale sert dans le cadre de ce contrat à déterminer la Zone de couverture minimale devant être souscrite à l'adhésion.

**Pays d'origine : P**ays dans lequel l'Assuré avait sa résidence principale avant l'expatriation et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

**Période de garantie / période de couverture :** Période de 365 jours continus au cours de laquelle l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit sont couverts en vertu de l'adhésion au contrat. Celle-ci démarre à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat comme indiqué sur le Certificat d'assurance (sauf si celle-ci est résiliée par anticipation et conformément aux règles du contrat 5.2.9 CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION)).

**Physiothérapie :** Par Physiothérapie, il faut entendre au titre de ce contrat l'ensemble des soins tels qu'ils peuvent être dispensés par un kinésithérapeute agréé. Cela exclut donc au titre de ce contrat certains traitements comme la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages, le Rolfing et la thérapie MILTA.

**Plafond global (des garanties santé) :** Le Tableau des garanties du contrat prévoit plusieurs types de plafonds de garantie :

- le Plafond global des garanties santé désigne le montant maximal que l'assureur paiera pour l'ensemble des garanties santé (Hospitalisation, ainsi que les options Médecine courante, Dentaire/Optique et Maternité si souscrites), par Bénéficiaire, par Année d'assurance, pour un niveau de couverture santé sélectionné;
- des sous plafonds propres en valeur et/ou en nombre de jours ou d'actes/séances, qui sont appliqués soit par Année d'assurance, soit pour toute la vie de l'adhésion au contrat, soit par acte ou consultation, soit par jour, pour l'option Médecine courante et pour certains actes en particulier (consultations, Vaccinations, verres et monture...). Ces sous plafonds sont inclus dans le plafond global.

Tous les plafonds s'appliquent par principe par Bénéficiaire et par Année d'assurance, sauf indication contraire dans le

Tableau des garanties.

**Prise en charge :** Accord de Prise en charge effective formalisé par écrit et délivré à l'Assuré par l'Assureur ou le Gestionnaire avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série, les traitements onéreux ou les prothèses de toute nature (sur présentation d'un rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas et d'un devis chiffré).

**Prestation :** Toute(s) Prestation(s) indiquée(s) dans le Tableau des garanties du contrat.

**Procréation médicalement assistée** : Voir Traitement de l'infertilité.

**Prothèses, dispositifs chirurgicaux et médicaux internes et externes :** Fait référence à tout appareil, prothèse ou dispositif nécessaire ou utilisé dans le cadre d'une opération chirurgicale ou étant considéré comme Médicalement nécessaire au traitement.

**Prothèses et implants dentaires :** Désigne les appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, couronnes, dentiers et implants, inlays, onlays, inlays core ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.

**Psychiatrie :** La Psychiatrie est la médecine des Maladies mentales, quelles que soient leurs causes : psychiques, neurologiques ou psychosociologiques. Le psychiatre n'est pas psychanalyste, psychologue ou psychothérapeute (sauf s'il a une formation complémentaire), mais son diplôme de Médecin lui permet de prescrire des médicaments ou de décider d'une hospitalisation psychiatrique. Les consultations et prescriptions de Psychiatrie sont couvertes au titre de ce contrat (avec un Délai de carence de 12 mois) sauf en cas d'hospitalisation.

**Psychologue :** Professionnel ayant un diplôme de psychologie reconnu dans le pays de soins et habilité à exercer la profession de psychologue.

**Questionnaire de santé :** Dans le cadre de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, ensemble de questions portant sur la santé de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit permettant au Médecin conseil de l'Assureur d'évaluer leur état de santé et de fixer les conditions d'assurance. En cas de risques accrus pour l'Assureur, le remplissage du Questionnaire de santé peut se traduire par un complément de Cotisation (aussi appelé « surprime ») pour l'Adhérent et/ou l'un de ses ayants-droit, une exclusion de garantie(s) ou un refus total de la Demande d'adhésion au contrat. La durée de validité du Questionnaire de santé l est de six (6) mois.

**Rééducation immédiate suite à hospitalisation :** Rééducation s'inscrivant en continuité directe de l'hospitalisation, débutée dans les 30 jours au maximum qui suivent la fin de l'hospitalisation, sous la forme d'une combinaison de thérapies, pouvant comprendre l'ergothérapie, la thérapie physique et l'Orthophonie, dans le but de restaurer une fonction et/ou une forme normale après une blessure ou une Maladie grave.

**Réseau médical :** Désigne l'ensemble des Hôpitaux ou établissements de soins apparentés ainsi que les praticiens de santé, qui sont officiellement répertoriés par le Gestionnaire de votre contrat (MSH International) ou par les partenaires de service sélectionnés par celui-ci (comme UnitedHealthcare et Optum RX aux États-Unis par exemple) pour recevoir un traitement éligible au contrat.

**Résiliation :** La Résiliation est la procédure formelle par laquelle l'Assureur, l'Association contractante ou l'Adhérent mettent fin au contrat ou à l'adhésion au contrat qui les lie, voir chapitre 5.2.9 CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION).

**Risque aggravé de santé :** Les personnes présentant un Risque aggravé de santé sont les personnes malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades et qui présentent un risque de Maladie (morbidité) ou de décès (mortalité) supérieur au risque de la moyenne des personnes de même âge. De ce fait, ces personnes ne peuvent pas être assurées aux conditions habituelles.

**Soins (hospitaliers) de jour :** Voir Hospitalisation de jour.

**Soins dentaires courants :** Ensemble des Soins dentaires courants incluant le bilan dentaire annuel, les dévitalisations, le détartrage, le scellement des sillons, le traitement d'une carie (amalgame), l'application de fluor, la radiologie dentaire, à l'exclusion des actes de blanchiment dentaire.

**Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence avec hospitalisation :** Terme désignant les seuls soins dentaires et ophtalmologiques d'extrême Urgence délivrés suite à un Accident grave ou l'apparition d'une infection soudaine et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident ou l'infection. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Optique/Dentaire).

**Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence sans hospitalisation :** Terme désignant les seuls soins dentaires et ophtalmologiques d'extrême Urgence ne nécessitant pas une hospitalisation mais devant être administrés d'Urgence pour faire face à une douleur difficilement supportable. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Optique/Dentaire).

**Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture :** Désignent les soins d'Urgence reçus dans une zone supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, que ce soit au cours d'un voyage à titre professionnel ou privé.
La couverture est acquise pour une durée maximale de 60 jours par voyage et limitée au Plafond global et ne prend uniquement en charge que les traitements nécessités en cas d'Accident, ou d'apparition d'une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou de dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Adhérent et/ou de ses Ayants droit. Les soins dispensés par un Médecin généraliste ou Spécialiste doivent démarrer dans la

période de 24 heures faisant suite au début de l'événement déclencheur.
Ne sont donc pas couverts au titre de cette garantie les soins thérapeutiques non urgents, non consécutifs à un Accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré et les soins de suivi, et ce même dans l'hypothèse où l'Adhérent ou ses éventuels Ayants droit n'étaient pas en mesure de se rendre dans un pays de leur Zone de couverture sélectionnée. Sont également exclus au titre de cette garantie les frais liés à la Grossesse, la Maternité, l'accouchement ou toute autre Complication durant la Grossesse ou l'accouchement. Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants-droit de contacter le Gestionnaire MSH INTERNATIONAL en cas de déplacements prévus de plus de 60 jours en dehors de la Zone de couverture sélectionnée.

**Soins intensifs :** Désigne un service hospitalier spécialisé ayant pour mission de prendre en charge les patients en état critique, c'est-à-dire qui présentent une défaillance d'une ou plusieurs de leurs fonctions vitales, ou qui sont à risque de développer des complications sévères. Le service dispose de moyens techniques très spécialisés. Ceux-ci sont mis en œuvre de façon continue par une équipe multidisciplinaire afin de déceler, prévenir et corriger les déséquilibres aigus et présumés réversibles liés à l'affection sous-jacente (Maladie, chirurgie, traumatisme, intoxication). On parle ainsi notamment d'unités de Soins intensifs, d'unités de soins critiques, d'unités de services intensifs thérapeutiques ou d'unités de traitement intensif.

**Soins palliatifs :** Désigne, dans le cadre d'une Maladie évolutive et incurable, un traitement qui ne permet pas d'améliorer sensiblement la condition ou de guérir la pathologie mais qui vise à apaiser les souffrances physiques et psychologiques liées aux symptômes de la Maladie et à maintenir une « qualité de vie » relative. Sont pris en charge au titre de cette garantie les traitements ambulatoires et hospitaliers administrés suite à un diagnostic établissant le caractère terminal et incurable de la Maladie ainsi que le remboursement des soins physiques, des frais de chambre en Hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

**Soins postnataux :** Ensemble des soins médicaux post-partum reçus par la mère dans une période s'étendant jusqu'à six semaines après l'accouchement.

**Soins prénataux :** Désigne l'ensemble des actions de dépistage et examens de suivi classiques d'usage à l'occasion d'une Grossesse. S'agissant de maternités pour lesquelles la grossesse est diagnostiquée à risque, les Soins prénataux peuvent inclure:
- les amniocentèses et les Analyses ADN si directement en liaison avec une amniocentèse couverte au titre du contrat d'assurance;
- les tests pour le Spina Bifida;
- les tests triples (Bart's) ou quadruples.

**Souscripteur :** Par Souscripteur, on entend l'ASFE qui souscrit le présent contrat collectif au bénéfice de ses Adhérents assurés.

**Subrogation :** Désigne le droit que le Gestionnaire (MSH International) peut exercer au nom de l'assureur afin de recouvrer tous les frais ou coûts auprès d'une autre compagnie d'assurance, de tout régime d'assurance maladie national ou de toute source qui aurait un lien avec le remboursement du traitement assuré au titre de ce contrat.

**Tableau des garanties :** Document indiquant pour le niveau de couverture santé retenu par l'Adhérent pour lui et ses éventuels Ayants droit, les garanties détaillées dont il(s) bénéficie(nt) au titre du contrat, avec l'indication des plafonds, limites en nombre d'actes, de consultations et/ou de journées couvertes pour une période donnée, Délais de carences, Franchises, Participation aux frais, Montant de participation maximale annuelle et Co-paiements applicables à celles-ci.

**Traitement médical :** Désigne toute intervention chirurgicale ou Traitement médical effectué par un Médecin, considéré(e) comme Médicalement nécessaire dans le but de diagnostiquer, guérir ou soulager une Maladie ou une blessure.

**Traitement de l'infertilité :** Les traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de procréation médicalement assistée (PMA) également appelée assistance médicale à la procréation (AMP) permettant à un couple diagnostiqué infertile d'avoir un enfant. Au titre du contrat, les méthodes prises en charge sont les suivantes : la fécondation in vitro (FIV), l'insémination artificielle, les traitements hormonaux et la chirurgie des trompes.

**Traitement du cancer (soins oncologiques) :** Désigne les honoraires de spécialistes, les examens, frais de radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement d'une tumeur, des tissus ou des cellules malins, caractérisés par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

**Traitements et soins psychiatriques :** Gestion et soin d'une personne qui souffre d'un problème de santé mentale sévère, nécessitant l'hospitalisation dans une structure spécialisée.

**Transport local en ambulance :** Désigne le transport en ambulance d'un patient, requis en cas de Nécessité médicale ou d'Urgence, à destination de l'Hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation, en ambulance ou en véhicule sanitaire terrestre.

**Urgence :** Désigne la condition médicale ou les symptômes résultant d'une Maladie ou d'une blessure qui surviennent soudainement et qui, de toute évidence, nécessitent un traitement immédiat, généralement dans les 24 heures suivant l'apparition, sans quoi il y risque de mise en danger de la santé de la personne concernée.

**Vaccinations :** Désigne l'ensemble des vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel la Vaccination est administrée et toute Vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que le traitement préventif anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.

**Zone de couverture sélectionnée :** Désigne la Zone de couverture sélectionnée par l'Adhérent pour lui-même et ses éventuels Ayants droit, et pour laquelle une Cotisation adaptée a été fixée par l'Assureur en fonction des Coûts usuels et raisonnables de santé constatés dans cet ensemble de pays du monde. Moyennant le paiement de la Cotisation adaptée, l'Adhérent peut opter pour lui-même et ses éventuels ayants-droit pour une Zone de couverture sélectionnée plus élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale. Il ne peut en revanche à l'inverse opter pour une Zone de couverture sélectionnée moins élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale. Le contrat prévoit 5 zones de couverture (voir paragraphe 1.5/ ZONES DE COUVERTURE).

# 3./ GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL

**Accord préalable :** Dans tous les cas figurant aux tableaux des garanties ci-après où un accord préalable est nécessaire à la prise en charge de l'assureur, la prise en charge de tout acte soumis à accord préalable qui aurait été effectué sans accord préalable (demande d'accord préalable non effectuée ou refus de l'assureur) sera refusée. Toutefois, si le médecin conseil de l'assureur, après étude du rapport médical, reconnait que l'acte était médicalement nécessaire et garanti au titre du contrat, une pénalité sera appliquée à la prise en charge.
**Sont concernés :**
**- l'Hospitalisation, y compris ambulatoire,**
**- les Prothèses médicales ou chirurgicales,**
**- les Séjours en centres médicalisés,**
**- les Actes en série (ex. séances de kinésithérapie).**
**Plafond de couverture : Le montant cumulé des remboursements effectués par l'assureur est plafonné, par année d'assurance et par personne garantie, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par le régime de protection sociale dont bénéficie, le cas échéant, l'intéressé(e). Le montant de ce plafond est indiqué au tableau des garanties ci-après, selon le niveau de couverture et les options de garanties souscrits.**

## 3.1. / TABLEAU DES GARANTIES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LES ZONES DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4[1]

### 3.1.1. NIVEAU DE GARANTIE : HOSPI (HOSPITALISATION)

A la souscription, vous avez le choix entre 4 niveaux de couverture. Vous pouvez également choisir dans quelle devise vous souhaitez payer votre prime d'assurance et vous faire rembourser les frais de soins.
Dans le cadre d'un contrat RELAIS'EXPAT+, les garanties ainsi que les plafonds de garantie indiqués ci-dessous sont exprimés part CFE incluse. Lorsque la CFE n'intervient pas (sauf en cas de refus de prise en charge par cet organisme), les garanties, **sous réserve de figurer aux tableaux des garanties,** bénéficient d'une couverture dès le 1er euro/1er dollar, selon le niveau de garantie souscrit et dans les limites prévues au présent contrat.

Dans le cas d'un contrat RELAIS'EXPAT+, les garanties ci-dessous sont exprimées avec la part CFE incluse.

| 4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€) | 500 000 € | 1 200 000 € | 1 800 000 € | 5 000 000 € |
| PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ ($) | 625 000 $ | 1 500 000 $ | 2 250 000 $ | 6 250 000$ |

| HOSPITALISATION | Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance |
|---|---|

**Pas de délai d'attente pour la garantie hospitalisation.**

Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :
- Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs,
- L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste
- La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable.
- Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste.

Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure :
- Le diagnostic,
- Le traitement que vous avez déjà reçu,
- Le traitement dont vous avez besoin,
- La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital.

**Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes :**
- **Convalescence,**
- **Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs),**
- **Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins,**
- **Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc.,**
- **Soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.**

[1] Donc hors zone 5, seule zone qui inclut les Etats-Unis

| | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **Transport en véhicule sanitaire terrestre**<br>Transport d'urgence à l'hôpital<br>Transfert médicalement nécessaire (ambulance, taxi) | 100 % CUR dans la limite de 550 €/690 $ par transport | 100 % CUR dans la limite de 550 €/690 $ par transport | 100 % CUR dans la limite de 550 €/690 $ par transport | 100 % CUR dans la limite de 550 €/690 $ par transport |
| **Chambre d'Hôpital** | **Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée**<br>100 €/125 $ par jour | **Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée**<br>150 €/190 $ par jour | **Chambre Particulière Semi-particulière ou partagée**<br>250 €/310 $ par jour | **Chambre Particulière Semi-particulière ou partagée**<br>100 % CUR |
| | Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent **Tableau des garanties**. | | | |
| **Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 16 ans à l'Hôpital** | 100 % CUR jusqu'à 300 €/375 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 400 €/500 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 700 €/875 $ par an | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même **Hôpital** que son enfant **Bénéficiaire** âgé de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent **Tableau des garanties**. | | | |
| **Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire)** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un **Bénéficiaire** pendant la nuit. | | | |
| **Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée (y compris ambulance)** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation au sein d'un **H**ôpital ou d'un centre médical, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital.<br>Toutes **prestations** effectuées dans un service d'urgences non suivies d'une hospitalisation seront prises en charge au titre de la **médecine courante si l'option a été sélectionnée**.<br>Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les **hospitalisations d'urgence**. | | | |

| | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation d'urgence** suite à un accident ou à une maladie inopinée **soudaine et imprévisible, nécessitant une hospitalisation d'urgence en dehors de la zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs** | 100 % CUR jusqu'à 60 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 60 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 60 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 60 jours par an |

Nous prenons en charge tous les frais d'Hospitalisation d'urgence (seulement s'ils font suite à un Accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence principale ou une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré) dans un pays situé dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs. Sont exclus de cette couverture tout déplacement pour motif médical, et par conséquent tous les soins programmés dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée (sauf avis du médecin conseil).
A cet égard, vous devez conserver tous justificatifs attestant de la durée de votre séjour temporaire en dehors de votre zone de couverture habituelle, car ceux-ci vous seront réclamés à titre de contrôle par le gestionnaire du contrat en cas de demande de remboursements de soins d'hospitalisation ou de soins à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 2 et qu'ils surviennent lors d'un séjour ou déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs hors de la zone géographique de couverture. L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré s'il n'est pas en mesure de présenter ces justificatifs.

Nous devons être prévenus dans les 24 heures qui suivent l'admission pour les **hospitalisations d'urgence hors zone de couverture**.

Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants droit de contacter le gestionnaire MSH International en cas de déplacements prévus de plus de 60 jours dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, afin d'adapter le niveau de couverture de l'adhésion au contrat.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation - Soins intensifs** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en service de **soins intensifs** polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères. | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de :<br>- bloc opératoire<br>- salle de réveil<br>- médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil<br>- médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en **hôpital.**<br>Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en **hôpital** de jour. | | | |
| **Hospitalisation - Consultations de médecins généralistes et spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors physiothérapie et médecine alternative) incluant également les actes de spécialistes** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations de **médecins généralistes** ou **spécialistes** pendant votre séjour à l'**hôpital** suite à un Evénement couvert. | | | |
| **Hospitalisation - Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les soins d'**urgence** dentaires reçus en **hôpital** lorsque ceux-ci sont **médicalement nécessaires** suite à un accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident.<br>Cette garantie ne couvre pas la **chirurgie dentaire** de routine, les soins dentaires de routine, les **prothèses dentaires**, implantologies, les soins d'**orthodontie** et de **parodontologie** (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+). | | | |
| **Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat, nous prenons en charge toute dépense liée à des:<br>- actes d'**Imagerie médicale**, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc.,<br>- examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines…<br>- diagnostics comme les électrocardiogrammes.<br>Si ces examens sont prescrits par votre **médecin généraliste** ou **spécialiste** pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation. | | | |
| **Hospitalisation - Médicaments prescrits** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense de **médicaments prescrits** par le **médecin généraliste ou spécialiste** en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation. | | | |
| **Hospitalisation - Dialyse rénale** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu. | | | |
| **Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer, y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les **soins oncologiques**, les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Nous prenons également en charge les traitements de chimiothérapie à domicile en alternative à l'hospitalisation ambulatoire.<br>Les examens de laboratoire ou d'imagerie préventifs **permettant de diagnostiquer le cancer ne seront pas pris en charge.** | | | |
| **Hospitalisation - Traitement du SIDA** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH. | | | |
| **Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de **prothèses, de dispositifs ou d'appareils** mis en place lors d'une intervention chirurgicale | | | |
| **Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes** | 100 % CUR jusqu'à 1 200 €/1 500 $<br>Par prothèse – max. 2 prothèses | 100 % CUR jusqu'à 1 800 €/2 250 $<br>Par prothèse – max. 2 prothèses | 100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 $<br>Par prothèse – max. 2 prothèses | 100 % CUR<br>Max. 2 prothèses |
| | Nous prenons en charge:<br>- les **prothèses ou dispositifs indispensables** dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si médicalement nécessaire.<br>- les **prothèses ou les dispositifs médicalement nécessaires** et faisant partie du processus de récupération à court terme.<br>Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse, dans la limite du montant maximum indiqué pendant toute la durée de l'adhésion au contrat. | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation - Soins palliatifs** | 100 % CUR jusqu'à 10 000€/12 500$ | 100 % CUR jusqu'à 15 000€/19 000$ | 100 % CUR jusqu'à 25 000€/31 000$ | 100 % CUR |
| | Si un **bénéficiaire** est atteint d'une **maladie** terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les:<br>- frais de chambre d'**hôpital** ou d'hospice,<br>- frais de **soins palliatifs** à domicile,<br>- frais d'infirmiers<br>- **médicaments prescrits** | | | |
| **Hospitalisation - Greffe d'organe : frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| **Hospitalisation - Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe**<br>(y compris pour le donneur d'organe: prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation) | Non couvert | 100 % CUR jusqu'à 3 000 €/3 800 $ par greffe | 100 % CUR jusqu'à 4 500 €/5 600 $ par greffe | 100 % CUR jusqu'à 6 000 €/7 500 $ par greffe |
| | Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un **bénéficiaire** provenant d'un donneur vérifié et certifié.<br>Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer.<br>Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un **bénéficiaire** du contrat :<br>- transport de l'organe sur un donneur,<br>- les coûts de test de compatibilité des tissus,<br>- les coûts d'opération et d'**hôpital** du donneur.<br><br>**Nous ne prenons pas en charge les frais d'acquisition d'organe et les médicaments "antirejet".** | | | |
| **Hospitalisation - Physiothérapie/kinésithérapie, Chiropractie et Ostéopathie** | 100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 5 000 €/6 200 $ par an | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations et actes de **physiothérapie/kinésithérapie**, de **chiropractie** et d'**ostéopathie** prescrits pendant votre **hospitalisation**. | | | |
| **Hospitalisation - Traitements et soins psychiatriques** | Non couvert | 100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 $ (dans la limite de 10 jours par an) | 100 % CUR jusqu'à 7 000 €/8 750 $ (dans la limite de 20 jours par an) | 100 % CUR (dans la limite de 30 jours par an) |
| | Nous prenons en charge les traitements et les soins psychiatriques en Hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'Hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert.<br>Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des maladies et des troubles mentaux. | | | |

## SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

| | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation à domicile (sur prescription)** | Non couvert | 100 % CUR jusqu'à 1 500 €/1 900 $ par an | 100 % CUR, jusqu'à 20 jours par an | 100 % CUR, jusqu'à 30 jours par an |
| | Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins :<br>- sont prescrits par votre médecin spécialiste,<br>- commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'Hôpital,<br>- réduisent la durée de votre séjour à l'Hôpital,<br>- sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne. | | | |
| **Chirurgie réparatrice suite à un Accident survenant pendant la Période de couverture** | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice Médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance | | | |
| **Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation** | 100 % CUR jusqu'à 20 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 30 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 40 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 50 jours par an |
| | Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'**orthophonie** qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire.<br><br>**Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat.**<br><br>Nous prenons en charge la rééducation :<br>- lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement<br>- qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation.<br>Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre **Médecin** ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie. | | | |

## 3.2. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES (ZONE DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4[2])

### 3.2.1. NIVEAU DE GARANTIES HEALTH : AJOUT DE LA GARANTIE OPTIONNELLE MEDECINE COURANTE

| MÉDECINE COURANTE | Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance | | | |
|---|---|---|---|---|
| **4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX** | **QUARTZ** | **PEARL** | **SAPPHIRE** | **DIAMOND** |
| **Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes et psychiatres), actes de spécialistes** | 100 % CUR jusqu'à 80 €/100 $ par acte ou consultation | 100 % CUR jusqu'à 130 €/160 $ par acte ou consultation | 100 % CUR jusqu'à 180 €/225 $ par acte ou consultation | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations de **Médecins généralistes** et de **Médecins spécialistes** (sauf dentistes et psychiatres), ainsi que les actes de **Médecins spécialistes**.<br>Nous prenons en charge ces consultations au titre de la **Médecine courante**, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation) ou en téléconsultation. | | | |
| **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation** | 100% CUR<br>Jusqu'à 200 €/250$ par an | 100% CUR<br>Jusqu'à 300 €/375$ par an | 100 % CUR<br>Jusqu'à 500 €/625 $ par an | 100 % CUR<br>Jusqu'à 750 €/950 $ par an |
| | Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'Urgence, comme par exemple une rage de dents soudaine, qui ne nécessitent pas une hospitalisation.<br>Les dépenses de frais dentaires non urgents (ex. bilan dentaire, détartrage, prothèses etc.) sont couvertes au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+. | | | |
| **Séances prescrites d'orthophonie, d'orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers** | 100 % CUR jusqu'à 500€/625$ par an | 100 % CUR jusqu'à 1 500€/1 900$ par an | 100 % CUR jusqu'à 2 000€/2 500$ par an | 100 % CUR<br>Limité à 52 séances/an |
| | Nous prenons en charge les séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers.<br>Nous prenons en charge ces séances au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation). | | | |
| **Kinésithérapie** et **physiothérapie**, **sur prescription** | 100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 $ par an limité à 12 séances par an | 100 % CUR jusqu'à 2 000 €/2 500 $ par an limité à 17 séances par an | 100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 $ par an limité à 22 séances par an | 100 % CUR limité à 32 séances par an |
| | Nous prenons en charge les consultations et les téléconsultations de kinésithérapie/physiothérapie, prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | |
| **Ostéopathie** et **chiropractie** | 100 % CUR jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 50 €/60 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 15 séances, avec un maximum de 100 €/125 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 25 séances, avec un maximum de 150 €/190 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 35 séances |
| | Nous prenons en charge les consultations d'Ostéopathie et Chiropractie sans prescription. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | |
| **Homéopathie**, acupuncture, **médecine traditionnelle chinoise** | 100 % CUR jusqu'à 3 séances par an, avec un maximum de 50 €/60 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 5 séances par an, avec un maximum de 100 €/125 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 7 séances par an, avec un maximum de 150 €/190 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 10 séances par an |
| | Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture et **Médecine traditionnelle chinoise** et les consultations avec un **Homéopathe**. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | |
| **Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire** | 100 % CUR jusqu'à 2 000 €/ 2 500 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 3 500 €/ 4 400 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 7 500 €/ 9 400 $ par an | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang, etc. prescrits par un Médecin généraliste ou Spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical. | | | |
| **Médicaments prescrits** | 100 % CUR jusqu'à 3 000 €/3 800 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 9 000 €/11 200 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 15 000€/18 800$ par an | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge, au titre de la **Médecine courante**, les dépenses de médicaments :<br>- prescrits par votre **Médecin généraliste** ou **Spécialiste**,<br>- qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure. | | | |

[2] Donc hors zone 5, seule zone qui inclut les Etats-Unis

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Contraception prescrite** | 100% CUR jusqu'à 80 €/100 $ par an | 100% CUR jusqu'à 100 €/125 $ par an | 100% CUR jusqu'à 200 €/250 $ par an | 100% CUR jusqu'à 300 €/375 $ par an |
| | Nous prenons en charge les moyens de contraception mécaniques, médicamenteux ou prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste. Ceci comprend la pilule, les préservatifs, le diaphragme, le stérilet, les implants et les patchs. | | | |
| **Médicaments sur prescription pour affection de longue durée (ALD)**<br>Délai de carence : 12 mois | 100 % jusqu'à 10 000 €/12 600 $ par an, avec max. pour la durée de l'adhésion de 50 000 €/63 000 $ | 100 % jusqu'à 15 000 €/18 800 $ par an, avec maximum pour la durée de l'adhésion 75 000 €/94 000 $ | 100 % jusqu'à 20 000 €/25 0000 $ par an, avec maximum pour la durée de l'adhésion 100 000 €/126 000 $ | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les médicaments sur prescription pour affection de longue durée **après une durée minimale d'adhésion d'un an**, et qui ont été prescrits pour une durée minimale de 6 mois. Si l'affection de longue durée est inscrite dans la liste annexée au contrat, un justificatif de votre médecin spécialiste ou généraliste sera demandé. Dans les autres cas l'accord de l'assureur est requis, un rapport médical sera donc demandé précisant : la condition médicale nécessitant la prise de ces médicaments, et la nécessité pour vous de prendre ce traitement pour une durée d'au moins 6 mois. Pendant le délai de carence de 12 mois, le plafond médicaments prescrits peut être utilisé. | | | |
| **Vaccinations** et traitements préventifs prescrits pour adultes et enfants de 20 ans et plus | 100 % CUR jusqu'à 200 €/250 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 350 €/440 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 500 €/625 $ par an | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune. | | | |
| **Vaccinations** et traitements préventifs prescrits pour enfants de moins de 20 ans | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR | 100 % CUR |
| | Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat. | | | |
| Equipement médical prescrit | 100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 1 500 €/1 900 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 4 000 €/5 000 $ par an |
| | Nous prenons en charge toutes dépenses, d'appareillage et de **Prothèses médicales**, orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un **Médecin généraliste** ou **Spécialiste**. **Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.** | | | |
| **SANTE MENTALE** | | | | |
| **Psychiatrie**<br>Délai de carence : 12 mois | 100 % CUR<br>Max 5 sessions par an | 100 % CUR<br>Max 10 sessions par an | 100 % CUR<br>Max 15 sessions par an | 100 % CUR<br>Max 20 sessions par an |
| | Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre (y compris les téléconsultations) dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre **Tableau des garanties**. | | | |
| **Consultations de psychologue sur prescription médicale**<br>Délai de carence : 12 mois | 100 % CUR jusqu'à 5 séances, avec un maximum de 50 €/60 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 100 €/125 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 15 séances, avec un maximum de 150 €/190 $ par séance | 100 % CUR jusqu'à 25 séances, avec un maximum de 200 €/250 $ par séance |
| | Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations (y compris les téléconsultations) de psychologues sur prescription médicale, dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre **Tableau des garanties**. | | | |

## WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)

| | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **Bilan de santé** | 100 % CUR jusqu'à 150 €/190 $ tous les 3 ans | 100 % CUR jusqu'à 300 €/375 $ tous les 3 ans | 100 % CUR jusqu'à 500 €/625 $ tous les 3 ans | 100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 $ tous les 3 ans |
| | Nous prenons en charge, pour tout Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un Bilan de santé. Ce Bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants :<br>- Prise de sang (formule sanguine complète, Analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale)<br>- Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle)<br>- Examen neurologique (examen physique)<br>- Radiologie pulmonaire | | | |
| **Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous** | 100 % CUR jusqu'à 250 €/310 $ | 100 % CUR jusqu'à 500 €/625 $ | 100 % CUR jusqu'à 800 €/1 000 $ | 100 % CUR |
| Frottis cervico-utérin (1 par an) | Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute Bénéficiaire âgée de 16 ans et plus. | | | |
| **Mammographie** pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans) | Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un Médecin généraliste ou Spécialiste en cas de Nécessité médicale, il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire». | | | |
| **Dépistage du cancer de la prostate** pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans) | Nous prenons en charge un dépistage annuel du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 45 ans et +. | | | |
| **Dépistage du cancer de la cavité buccale** (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la cavité buccale tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires. | | | |
| **Dépistage du cancer de la peau** (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la peau tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires. | | | |
| **Coloscopie**, à partir de 50 ans (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge une coloscopie tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires âgés de 50 ans et plus. | | | |
| **Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles** | Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les Bénéficiaires. | | | |
| **Ostéodensitométrie**, pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge une Ostéodensitométrie tous les 5 ans, pour toutes les Bénéficiaires âgées de 45 ans et +. | | | |
| **Consultations avec un Diététicien** | Non couvert | Non couvert | 100 % CUR maximum 2 séances par an, jusqu'à 150 €/190 $ par consultation | 100 % CUR maximum 3 séances par an, jusqu'à 200 €/250 $ par consultation |
| | Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même**, et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou par exemple toute dépense liée à des compléments alimentaires.** | | | |
| **Substituts nicotiniques** | Non couvert | 100 % CUR jusqu'à 50 €/60 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 75 €/90 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 100 €/125 $ par an |
| | Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes:<br>- patchs nicotiniques<br>- gommes nicotiniques<br>- comprimés nicotiniques | | | |
| **Cure thermale prescrite médicalement** | Non couvert | 100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure. | 100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure | 100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure |

### 3.2.2. NIVEAU DE GARANTIES HEALTH+ : AJOUT DES GARANTIES OPTIONNELLES DENTAIRE + OPTIQUE

Accessible si la GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH (HOSPI + MEDECINE COURANTE) a été souscrite

| 4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **DENTAIRE** | Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins («CUR »), par bénéficiaire et par année d'assurance | | | |
| **PLAFOND ANNUEL GLOBAL DE LA GARANTIE DENTAIRE €/$** **pour les actes listés ci-dessous (sauf Orthodontie avec plafond propre)** | 100% CUR jusqu'à 250 € par dent et 1000 € par an ou 310 $ par dent et 1250 $ par an | 100% CUR jusqu'à 400 € par dent et 1500 € par an ou 500 $ par dent et 1900 $ par an | 100% CUR jusqu'à 500 € par dent et 2000 € par an ou 625 $ par dent et 2500 $ par an | 100% CUR jusqu'à 600 € par dent et 3500 € par an ou 750 $ par dent et 4400 $ par an |
| **Soins dentaires courants** (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 3 mois | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR |
| | Nous prenons en charge, les consultations avec un dentiste ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous :<br>-Détartrage<br>-Traitement d'une carie (amalgame)<br>-Scellement de sillon<br>-Radiologie dentaire<br>-Inlays / onlays<br>-application de fluor.<br>**Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le Contrat.** | | | |
| **Prothèses et implants dentaires** (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 6 mois | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR |
| | Nous prenons en charge les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant. Les facettes ne sont pas prises en charge. | | | |
| **Chirurgie dentaire** (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 6 mois | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR |
| | Nous prenons en charge tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non, incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, la pose d'implant. | | | |
| **Parodontologie** (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 3 mois | Non couvert | 100% CUR | 100% CUR | 100% CUR |
| | Nous prenons en charge tout soin de traitement de la **Maladie** de tissu de soutènement de la dent, notamment de la gencive. | | | |
| **Orthodontie** jusqu'à 16 ans Délais de carence : 12 mois | 100% CUR jusqu'à 400€/ 500$ par an pendant 3 ans | 100% CUR jusqu'à 800€/ 1000$ par an pendant 3 ans | 100% CUR jusqu'à 1200€ par an / 1 500$ par an pendant 3 ans | 100% CUR jusqu'à 1500€ par an / 1900$ par an pendant 3 ans |
| | Nous prenons en charge l'**Orthodontie**, pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs. | | | |
| | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
| **OPTIQUE** | Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance. | | | |
| Verres et monture, dans la limite d'une paire tous les 2 ans Délai de carence: 6 mois | 100 % CUR jusqu'à 100 €/125 $ | 100 % CUR jusqu'à 250 €/310 $ | 100 % CUR jusqu'à 400 €/500 $ | 100 % CUR jusqu'à 600 €/750 $ |
| | Nous prenons en charge après expiration du **Délai d'attente**, les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 2 ans. **Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge** | | | |
| Frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles – chirurgie réfractive aucun frais de verre ou de lentilles ne sont pris en charge dans l'année qui suit la prise en charge de la chirurgie réfractive Délai de carence: 6 mois | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie « Verres et montures » | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie « Verres et montures » | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» |
| | Nous prenons en charge après expiration du **Délai d'attente,** les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée **qu'une seule fois par œil pour toute la durée de l'adhésion.** | | | |
| Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables Délai de carence: 6 mois | 100 % CUR jusqu'à 100 €/125 $ / an | 100 % CUR jusqu'à 200 €/250 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 300 €/375 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 400 €/500 $ par an |
| | Nous prenons en charge après expiration du **Délai d'attente,** les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites. | | | |

Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la **Médecine courante** ou de l'hospitalisation si nécessaire.

### 3.2.3. NIVEAU DE GARANTIES HEALTH+CHILD: AJOUT DES GARANTIES OPTIONNELLES MATERNITE

Accessible si la GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+ (DENTAIRE + OPTIQUE) a été souscrite

| 4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | QUARTZ | PEARL | SAPPHIRE | DIAMOND |
|---|---|---|---|---|
| **MATERNITÉ** | Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance | | | |
| **Maternité** et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et **Soins immédiats du nouveau-né**<br>Délai de carence : 10 mois | 100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 5 000 €/6 250 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 8 000 €/10 000 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 11 000 €/13 800 $ par an |
| | Nous prenons en charge les coûts de **Maternité** et d'accouchement.<br>Cela inclut:<br>- les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication<br>- les **Soins postnataux** nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...)<br>- les séances de préparation à l'accouchement,<br>- les diagnostics de **Maladies** chromosomiques,<br>- les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance<br>Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à:<br>- Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (**Grossesse** môlaire)<br>- Le fœtus grandissant en dehors de l'utérus (**Grossesse** extra-utérine). | | | |
| Accouchement (simple ou multiple) sans complication<br>Délai de carence : 10 mois | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus | Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus |
| | Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres **Spécialistes** pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance. | | | |
| **Complications à l'accouchement** (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles sont reconnues comme **nécessaires et justifiées**)<br>Délai de carence : 10 mois | Plafond annuel **Maternité** doublé | Plafond annuel **Maternité** doublé | Plafond annuel **Maternité** doublé | Plafond annuel **Maternité** doublé |
| | Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne lorsque la césarienne a été reconnue comme médicalement nécessaire et justifiée par exemple lors d'une stagnation du processus classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...).<br><br>Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas médicalement nécessaire et justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie **Maternité**. | | | |
| **Traitement de l'infertilité**<br>Délai de carence : 12 mois | **Non couvert** | 100% CUR 900€/1100$ par tentative (dans la limite de 3600€/4400$ pour toute la vie de l'adhésion | 100% CUR 1200€/1500$ par tentative (dans la limite de 4800€/6000$ pour toute la vie de l'adhésion) | 100% CUR 1500€/1900$ par tentative (dans la limite de 6000€/7600$ pour toute la vie de l'adhésion) |
| | Nous prenons en charge, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'examens de suivi et de fécondation dans le cadre du **Traitement de l'infertilité**. Au titre de ce contrat, les traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de **Procréation Médicalement Assistée** suivantes:<br>• fécondations in Vitro (FIV),<br>• insémination artificielle,<br>• traitements hormonaux,<br>• chirurgie des trompes,<br>• cryoconservation des ovocytes. | | | |
| **Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**<br>Pour les expatriés en Suisse uniquement | **Non couvert** | 90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte | 90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte | 90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte |
| | IVG effectuée dans les délais légaux<br>Limité à 1 acte par an | | | |

## Couverture en cas d'urgence

Les garanties sont acquises dans le monde entier pour les seuls soins à prodiguer d'urgence lors de séjours ponctuels (voyage à titre professionnel ou touristique) d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs.
Est entendu par urgence médicale, une urgence faisant suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le pays de résidence principale ou une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré.
En cas d'urgence médicale telle que définie au contrat veuillez prendre contact au plus vite avec votre centre de gestion. Si l'assuré s'est rendu dans une zone de couverture supérieure afin d'y recevoir un traitement, si les symptômes de la pathologie étaient connus du bénéficiaire avant son adhésion au contrat ou si les traitements ne font pas suite à un accident, ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale, les traitements reçus dans cette zone, même en cas d'urgence ne seront pas couverts.

## 3.3. / GARANTIES SANTE POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

### 3.3.1. GARANTIE PRINCIPALE HEALTH : HOSPITALISATION + SOINS MEDICAUX COURANTS POUR LES ASSURES AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT EN ZONE 5 (USA)

*NB : la garantie de base frais d'hospitalisation / pack HOSPI, n'est pas disponible en zone 5 (USA)*

#### INFORMATION IMPORTANTE POUR LES HOSPITALISATIONS ET SOINS REÇUS AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA

Si vous avez opté pour la Zone de couverture des États-Unis et territoires relevant des USA et que vous devez recevoir un traitement sur place, y être hospitalisé ou consulter un Médecin sur place, votre contrat vous permet de bénéficier des accords spécifiques mis en place par MSH International auprès de 2 partenaires locaux: UnitedHealthcare et Optum RX.
Ces accords vous permettent:

- d'accéder à une sélection d'Hôpitaux et de praticiens de santé (UnitedHealthcare) et de pharmacies (Optum RX),
- d'éviter de procéder à l'avance des frais médicaux et d'obtenir de vos prescriptions médicales sur présentation de la carte UnitedHealthcare/OptumRx/MSH en amont.

**IMPORTANT** : Votre couverture aux États-Unis et territoires relevant des USA vous laisse toujours la liberté de choisir l'hôpital ou la pharmacie qui convient le mieux pour votre traitement (y compris hors réseaux). Toutefois, si vous décidez de recevoir des soins ou d'acheter des médicaments prescrits aux États-Unis et territoires relevant des USA auprès d'un prestataire ne faisant pas partie des réseaux, **tous les paiements que nous effectuons seront réduits de 20 %.**
Néanmoins, dans l'hypothèse où il ne serait matériellement pas possible de passer par un prestataire membre des réseaux, soit pour des raisons géographiques ou en cas d'Urgence, la réduction de remboursement prévue au contrat de 20% ne sera pas appliquée. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus sans que la Demande d'accord préalable n'ait été effectuée. L'exception géographique se définit comme les cas où dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile de l'Assuré:

- Il n'y a pas d'Hôpital, de Médecin, de clinique ou de pharmacie des réseaux UnitedHealthcare International et Optum Rx;
- Les soins ou médicaments dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les Hôpitaux, chez les Médecins et dans les cliniques ou dans les pharmacies des réseaux.

#### CO-PAIEMENT (POUR ZONE DE COUVERTURE USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA UNIQUEMENT)

Un principe de Co-paiement s'applique à certains actes couverts au titre du contrat, pour vos soins reçus aux USA et territoires relevant des USA.
Le Co-paiement consiste en un montant fixe défini au contrat par acte ou par visite et qui reste à la charge de l'Adhérent et de chacun de ses éventuels Ayants droit, applicable pour chaque acte ou visite concerné(e).
Il est de la responsabilité de tout Assuré de payer le montant du Co-paiement directement au Médecin, à l'Hôpital ou à la clinique.
Pour connaître dans le détail les actes concernés, reportez-vous au tableau des garanties ci-dessous. Si vous avez opté pour une franchise, celle-ci s'appliquera après le co-paiement. La franchise n'est pas incluse dans la participation aux frais.

#### PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE ANNUELLE

Un principe de Participation aux frais de santé s'applique aux frais d'hospitalisation, pour vos soins reçus aux USA et territoires relevant des USA, sur les formules Pearl et Sapphire. Sur la formule Diamond, la Participation aux frais de santé s'applique aux frais d'hospitalisation uniquement pour les soins reçus en dehors du Réseau médical.
La participation aux frais de santé représente le pourcentage de chaque demande de remboursement non pris en charge par votre adhésion au contrat d'assurance.
La participation maximale annuelle aux frais est le montant maximum de participation aux frais de santé que vous devrez régler pendant l'Année d'assurance.
Le montant de la participation aux frais est calculé sous déduction de l'application du co-paiement et d'une éventuelle franchise. Seuls les montants que vous réglez effectivement relatifs à la participation aux frais contribuent à la participation maximale.

| 3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLAFOND GLOBAL COUVERTURE SANTÉ ($) | 1 500 000 $ | | 2 250 000 $ | | 6 250 000$ | |
| | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| Participation maximale aux frais, par an | 4 000 $ | 6 000 $ | 2 000 $ | 4 000 $ | - | 3 000 $ |
| Co-paiement, par hospitalisation | 400 $ | 800 $ | 200 $ | 400 $ | 100 $ | 200 $ |

**Le niveau de couverture QUARTZ n'est pas disponible en zone 5.**

Les tableaux ci-dessous détaillent les garanties et les niveaux de couverture.

| Niveau de couverture | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Niveau de prise en charge | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| Co-paiement par visite ou par acte | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |

## HOSPITALISATION

Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance

### Pas de délai d'attente pour la garantie Hospitalisation

Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :

- Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs,
- L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste
- La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable.
- Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste.

*Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure : le diagnostic, le traitement que vous avez déjà reçu, le traitement dont vous avez besoin, la durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital.*

**Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes : Convalescence, Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs), Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins, Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc., Soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.**

| | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| **Transport en véhicule sanitaire terrestre**<br>Transport d'urgence à l'hôpital<br>Transfert médicalement nécessaire (ambulance, taxi) | 100 % CUR dans la limite de 690 $ par transport | | 100 % CUR dans la limite de 690 $ par transport | | 100 % CUR dans la limite de 690 $ par transport | |
| **Chambre d'hôpital** | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>80 % CUR | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>60 % CUR | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>90 % CUR | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>70 % CUR | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>100 % CUR | **Chambre Particulière semi-particulière ou partagée**<br>80 % CUR |
| | Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent **tableau de garanties**. | | | | | |
| **Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 16 ans à l'hôpital** | 80 % CUR jusqu'à 500 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 500 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 875 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 875 $ par an | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même h**ôpital** que son enfant **bénéficiaire** âgé de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent **tableau de garanties**. | | | | | |
| **Hospitalisation de jour (dont chirurgie ambulatoire)** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un **Bénéficiaire** pendant la nuit. | | | | | |
| **Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée (y compris ambulance)** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un **Hôpital** ou d'un centre médical de jour, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Toutes **prestations** effectuées dans un service d'Urgences non suivies d'une admission seront prises en charge au titre de la m**édecine courante**. Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les h**ospitalisations d'Urgence**. | | | | | |
| **Hospitalisation - Soins intensifs** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en Service de **soins intensifs** polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères. | | | | | |
| **Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de: Bloc opératoire, Salle de réveil, Médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil, Médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en **hôpital.**<br>Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en **hôpital** de jour. | | | | | |
| **Hospitalisation - Consultations de Médecins généralistes et Spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors Physiothérapie et Médecine alternative) incluant également les actes de Spécialistes** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations de **Médecins généralistes** ou **Spécialistes** pendant votre séjour à l'**Hôpital** suite à un Evénement couvert. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** | Nous prenons en charge les soins d'**urgence** dentaires reçus en **Hôpital** lorsque ceux-ci sont **médicalement nécessaires** suite à un accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident.<br>Cette garantie **ne couvre pas** la chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les prothèses dentaires, les soins implantologiques, les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+). | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat** | Nous prenons en charge toute dépense liée à des:<br>- actes **d'imagerie médicale**, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc.,<br>- examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines,<br>- diagnostics comme les électrocardiogrammes.<br>Si ces examens sont prescrits par votre **médecin généraliste** ou **spécialiste** pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation. | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Médicaments prescrits** | Nous prenons en charge toute dépense de **médicaments prescrits** par le **médecin généraliste** ou **spécialiste** en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation. | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Dialyse rénale** | Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu. | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)** | Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer, y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les **soins oncologiques**, les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Nous prenons également en charge les traitements de chimiothérapie à domicile en alternative à l'hospitalisation ambulatoire<br>Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « **médecine courante** ». | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Traitement du SIDA** | Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH. | | | | | |
| | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes** | Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de **prothèses, de dispositifs ou d'appareils** mis en place lors d'une intervention chirurgicale | | | | | |
| | 80 % CUR<br>jusqu'à 2 250 $ | 60 % CUR<br>jusqu'à 2 250 $ | 90 % CUR<br>jusqu'à 3 100 $ | 70 % CUR<br>jusqu'à 3 100 $ | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes** | Par prothèse – max. 2 prothèses<br>Nous prenons en charge:<br>- les **prothèses ou dispositifs indispensables** dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si Médicalement nécessaire,<br>- les Prothèses ou les dispositifs Médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme.<br>Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse. Dans la limite du montant maximum indiqué par période de contrat. | | | | | |
| | 80 % CUR<br>jusqu'à<br>19 000 $ | 60 % CUR<br>jusqu'à<br>19 000 $ | 90 %CUR<br>jusqu'à<br>31 000 $ | 70 % CUR<br>jusqu'à<br>31 000 $ | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Hospitalisation - Soins palliatifs*** | Si un **bénéficiaire** est atteint d'une **maladie** terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les:<br>- frais de chambre d'**hôpital** ou d'hospice (même si les **soins palliatifs** à domicile sont également pris en charge),<br>- frais d'infirmiers,<br>- **médicaments prescrits** | | | | | |
| **Hospitalisation - Greffe d'organe: frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe*** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | 80 % CUR<br>jusqu'à<br>3 800 $<br>par greffe | 60 % CUR<br>jusqu'à<br>3 800 $<br>par greffe | 90 % CUR<br>jusqu'à<br>5 600 $<br>par greffe | 70 % CUR<br>jusqu'à<br>5 600 $<br>par greffe | 100 % CUR<br>jusqu'à 7<br>500 $<br>par greffe | 80 % CUR<br>jusqu'à 7<br>500 $<br>par greffe |
| **Hospitalisation - Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe** (y/c pour le donneur d'organe: prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)* | Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un **bénéficiaire** provenant d'un donneur vérifié et certifié.<br>Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer.<br>Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un **bénéficiaire** du contrat : transport de l'organe sur un donneur, les coûts de test de compatibilité des tissus, les coûts d'opération et d'**h**ôpital du donneur.<br>**Nous ne prenons pas en charge les frais d'acquisition d'organe et les médicaments "antirejet".** | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisation - Physiothérapie/kinésithérapie, chiropractie** et **ostéopathie*** | 80 % CUR jusqu'à 3 100 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 3 100 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 6200 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 6200 $ par an | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations et actes de **physiothérapie**/kinésithérapie, de **chiropractie** et d'**ostéopathie** prescrits pendant votre hospitalisation. | | | | | |
| **Traitements et soins psychiatriques*** | 80 % CUR jusqu'à 4 400 $ (max. 10 jours/ an) | 60 % CUR jusqu'à 4 400 $ (max. 10 jours / an) | 90 % CUR jusqu'à 8 750 $ (max. 20 jours par an) | 70 % CUR jusqu'à 8 750 $ (max. 20 jours par an) | 100 % CUR (max. 30 jours par an) | 80 % CUR (max. 30 jours par an) |
| | Nous prenons en charge les **traitements et les soins psychiatriques** en **hôpital** (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'**hôpital** prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des **maladies** et des troubles mentaux. | | | | | |

** Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.*

## SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

| | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| **Hospitalisation à domicile** (sur prescription)* | 80 % CUR jusqu'à 1 900 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 1 900 $ par an | 90 % CUR, jusqu'à 20 jours / an | 70 % CUR, jusqu'à 20 jours /an | 100 % CUR, jusqu'à 30 jours / an | 80 % CUR Jusqu'à 30 jours / an |
| | Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins:<br>- sont prescrits par votre **médecin spécialiste**,<br>- commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'**hôpital**,<br>- réduisent la durée de votre séjour à l'**hôpital**,<br>- sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne. | | | | | |
| **Chirurgie réparatrice** suite à un accident survenant pendant la période de couverture* | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice **médicalement nécessaire** et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance. | | | | | |
| **Rééducation immédiate suite à une hospitalisation**, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation*<br><br>Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre **médecin** ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie. | 80 % CUR jusqu'à 20 jours par an | 60 % CUR jusqu'à 20 jours par an | 90 % CUR jusqu'à 30 jours par an | 70 % CUR jusqu'à 30 jours par an | 100 % CUR jusqu'à 30 jours par an | 80 % CUR jusqu'à 30 jours par an |
| | Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'**orthophonie** qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire.<br>**Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat.**<br>Nous prenons en charge la rééducation:<br>- lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement<br>- qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation. | | | | | |

** Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.*

## MÉDECINE COURANTE

Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance

| Co-paiement, par visite ou par acte | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |

| | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes et psychiatres), actes de spécialistes** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations de **médecins généralistes** et de **médecins spécialistes** (sauf dentistes, psychiatres), ainsi que les actes de **médecins spécialistes**.<br>Nous prenons en charge ces consultations au titre de la **médecine courante**, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation) ou en téléconsultation. | | | | | |
| **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation*** | 80% CUR | 60% CUR | 90% CUR | 70% CUR | 100% CUR | 80% CUR |
| | Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'**urgence** qui ne nécessitent pas une hospitalisation, comme par exemple une rage de dents soudaine Les éventuelles dépenses de frais dentaires non urgents (ex. bilan dentaire, détartrage, prothèses etc.) seront couverts au titre de l'option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers*** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge **jusqu'à 52 séances** par an prescrites d'**orthophonie**, d'**orthoptie**, d'ergothérapie et de soins infirmiers.<br>Nous prenons en charge ces séances au titre de la **médecine courante**, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation). | | | | | |
| **Kinésithérapie et physiothérapie sur prescription*** | 80 % CUR limité à 17 séances par an | 60 % CUR limité à 17 séances par an | 90 % CUR limité à 22 séances par an | 70 % CUR limité à 22 séances par an | 100 % CUR limité à 32 séances par an | 80 % CUR limité à 32 séances par an |
| | Nous prenons en charge les consultations et les téléconsultations de kinésithérapie / physiothérapie, prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | | | |
| **Ostéopathie et chiropractie*** | 80 % CUR jusqu'à 15 séances | 60 % CUR jusqu'à 15 séances | 90 % CUR jusqu'à 25 séances | 70 % CUR jusqu'à 25 séances | 100 % CUR jusqu'à 35 séances | 80 % CUR jusqu'à 35 séances |
| | Nous prenons en charge les consultations d'**ostéopathie** et **chiropractie** non prescrites. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | | | |
| **Homéopathie, Acupuncture, Médecine traditionnelle chinoise*** | 80 % CUR jusqu'à 5 séances par an | 60 % CUR jusqu'à 5 séances par an | 90 % CUR jusqu'à 7 séances par an | 70 % CUR jusqu'à 7 séances par an | 100 % CUR jusqu'à 10 séances par an | 80 % CUR jusqu'à 10 séances par an |
| | Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture, **homéopathie** et **médecine traditionnelle chinoise**. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues. | | | | | |
| **Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire*** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang, etc. prescrits par un **médecin généraliste** ou **spécialiste** dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical. | | | | | |
| **Médicaments prescrits** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, au titre de la **médecine courante**, les dépenses de médicaments:<br>- prescrits par votre **médecin généraliste** ou **spécialiste**,<br>- qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure. | | | | | |
| **Contraception prescrite** | 80% CUR Jusqu'à 125$/an | 60% CUR Jusqu'à 125$/an | 90% CUR Jusqu'à 250$/an | 70% CUR Jusqu'à 250$/an | 100% CUR Jusqu'à 375$/an | 80% CUR Jusqu'à 375$/an |
| | Nous prenons en charge les moyens de contraception mécaniques, médicamenteux ou prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste. Ceci comprend la pilule, les préservatifs, le diaphragme, le stérilet, les implants et les patchs. | | | | | |

**Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaccinations** et traitements préventifs prescrits **pour adultes et enfants de 20 ans et plus** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune. | | | | | |
| **Vaccinations** et traitements préventifs prescrits **pour enfants de moins de 20 ans** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat. | | | | | |
| **Equipement médical prescrit** | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge toutes dépenses d'appareillage et de **prothèses médicales**, orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un **médecin généraliste** ou **spécialiste**. **Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.** | | | | | |
| **SANTE MENTALE** | | | | | | |
| **Psychiatrie**<br>Délai de carence : 12 mois | 80 % CUR Maximum de 10 sessions par an | 60 % CUR Maximum de 10 sessions par an | 90 % CUR Maximum de 15 sessions par an | 70 % CUR Maximum de 15 sessions par an | 100 % CUR Maximum de 20 sessions par an | 80 % CUR, Maximum de 20 sessions par an |
| | Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre (y compris les téléconsultations) dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre **Tableau des garanties**. | | | | | |
| **Consultations de psychologue sur prescription médicale**<br>Délai de carence : 12 mois | 80 % CUR Jusqu'à 10 séances avec un maximum de 125 § par séance | 60 % CUR Jusqu'à 10 séances avec un maximum de 125 § par séance | 90 % CUR Jusqu'à 15 séances avec un maximum de 190 § par séance | 70 % CUR Jusqu'à 15 séances avec un maximum de 190 § par séance | 100 % CUR Jusqu'à 25 séances avec un maximum de 250 § par séance | 80 % CUR, Jusqu'à 25 séances avec un maximum de 250 § par séance |
| | Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations (y compris les téléconsultations) de psychologues sur prescription médicale, dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre **Tableau des garanties**. | | | | | |

## WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)

| Co-paiement, par visite ou par acte | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |
| **Bilan de santé** | 80 % CUR jusqu'à 190 $ tous les 3 ans | 60 % CUR jusqu'à 190 $ tous les 3 ans | 90 % CUR jusqu'à 625 $ tous les 3 ans | 70 % CUR jusqu' à 625 $ tous les 3 ans | 100 % CUR jusqu'à 1 250 $ tous les 3 ans | 80 % CUR jusqu'à 1 250 $ tous les 3 ans |
| | Nous prenons en charge, pour tout Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un Bilan de santé. Ce Bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants :<br>- Prise de sang (formule sanguine complète, Analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale)<br>- Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle)<br>- Examen neurologique (examen physique)<br>- Radiologie pulmonaire | | | | | |
| **Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous** | 80 % CUR jusqu'à 625 $ | 60 % CUR jusqu'à 625 $ | 90 % CUR jusqu'à 1 000 $ | 70 % CUR jusqu'à 1 000 $ | 100 % CUR | 80 % CUR |
| **Frottis cervico-utérin (1 par an)** | Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute **bénéficiaire** âgée de 16 ans et plus. | | | | | |
| **Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans)** | Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un **médecin généraliste** ou **spécialiste** en cas de **nécessité médicale**, il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire ». | | | | | |
| **Dépistage du cancer de la prostate** pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans) | Nous prenons en charge un dépistage annuel du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 45 ans et +. | | | | | |
| **Dépistage du cancer de la cavité buccale** (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la cavité buccale tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires. | | | | | |
| **Dépistage du cancer de la peau** (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la peau tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires. | | | | | |
| **Coloscopie**, à partir de 50 ans (tous les 5 ans)) | Nous prenons en charge une coloscopie tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires âgés de 50 ans et plus. | | | | | |
| **Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles** | Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les **bénéficiaires**. | | | | | |
| **Ostéodensitométrie**, pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans) | Nous prenons en charge une Ostéodensitométrie tous les 5 ans, pour toutes les Bénéficiaires âgées de 45 ans et +. | | | | | |
| **Consultations avec un Diététicien** | Non couvert | Non couvert | 90 % CUR, 2 séances/ an | 70 % CUR, 2 séances/an | 100 % CUR, 3 séances/an | 80 % CUR, 3 séances/an |
| | Nous prenons en charge les consultations avec un diététicien ayant un diplôme reconnu dans le pays dans lequel il exerce. Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même, **et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou toute dépense liée à des compléments alimentaires.** | | | | | |
| **Substituts nicotiniques** | 80 % CUR 60 $ par an | 60 % CUR 60 $ par an | 90 % CUR 90 $ par an | 70 % CUR 90 $ par an | 100 % CUR 125 $ par an | 80 % CUR 125 $ par an |
| | Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes:<br>- patchs nicotiniques<br>- gommes nicotiniques<br>- comprimés nicotiniques | | | | | |
| **Cure thermale prescrite médicalement** | 100% CUR<br>limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure. | | | | | |

**Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.*

## 3.3.2. GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

### 3.3.2.1. GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+ : DENTAIRE + OPTIQUE

| 3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **DENTAIRE** | Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance | | | | | |
| PLAFOND ANNUEL GLOBAL DE **COUVERTURE DENTAIRE** POUR LES ACTES LISTÉS CI-DESSOUS (SAUF ORTHODONTIE AVEC PLAFOND PROPRE) | 80 % CUR jusqu'à 500 $ par dent et 1 900 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 500 $ par dent et 1 900 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 625 $ par dent et 2 500 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 625 $ par dent et 2 500 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 750 $ par dent et 4400 $ par an | 80 % CUR jusqu'à 750 $ par dent et 4400 $ par an |
| Co-paiement, par visite ou par acte | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |
| **Soins dentaires courants**<br>Délais de carence : 3 mois | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, les consultations avec un dentiste diplômé et apte à exercer dans le pays où il se trouve, ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous: détartrage, traitement d'une carie (amalgame), scellement de sillon, radiologie dentaire, inlays / onlays, application de fluor.<br>**Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le contrat.** | | | | | |
| **Prothèses et implants dentaires**<br>Délais de carence : 6 mois | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant.<br>**Les facettes ne sont pas prises en charge.** | | | | | |
| **Chirurgie dentaire**<br>Délais de carence : 6 mois | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non, incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, la pose d'implant. | | | | | |
| **Parodontologie**<br>Délais de carence : 3 mois | 80 % CUR | 60 % CUR | 90 % CUR | 70 % CUR | 100 % CUR | 80 % CUR |
| | Nous prenons en charge, tout soin de traitement de la **maladie** de tissu de soutènement de la dent, notamment de la gencive. | | | | | |
| **Orthodontie** jusqu'à 16 ans<br>Délais de carence : 12 mois | 80 % CUR jusqu'à 1 000 $ par an pendant 3 ans | 60 % CUR jusqu'à 1 000 $ par an pendant 3 ans | 90 % CUR jusqu'à 1 500 $ par an pendant 3 ans | 70 % CUR jusqu'à 1 500 $ par an pendant 3 ans | 100 % CUR jusqu'à 1 900 $ par an pendant 3 ans | 80 % CUR jusqu'à 1 900 $ par an pendant 3 ans |
| | Nous prenons en charge l'**orthodontie**, pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs. | | | | | |

| **OPTIQUE** | Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par bénéficiaire et par Année d'assurance. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
| Co-paiement, par visite ou par acte | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |
| Verres et monture, dans la limite d'une paire tous les 2 ans<br>Délai de carence: 6 mois | 80 % CUR jusqu'à 310 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 310 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 500 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 500 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 750 $ par an | 80 % CUR jusqu'à 750 $ par an |
| | Nous prenons en charge les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 2 ans. Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge | | | | | |
| Chirurgie réfractive (frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles)<br>Délai de carence: 6 mois | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures» |
| | Nous prenons en charge les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par œil pour toute la durée du contrat. **Aucun frais de verres, de monture ou de lentilles ne seront pris en charge dans l'année qui suit la prise en charge de la chirurgie réfractive.** | | | | | |
| Lentilles correctrices<br>y compris les lentilles jetables<br>Délai de carence: 6 mois | 80 % CUR jusqu'à 250 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 250 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 375 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 375 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 500 $ par an | 80 % CUR jusqu'à 500 $ par an |
| | Nous prenons en charge les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites. | | | | | |

Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la **médecine courante** ou de l'hospitalisation si nécessaire.

### 3.3.2.2. GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+CHILD : MATERNITE

Accessible si la garantie optionnelle HEALTH+ (DENTAIRE + OPTIQUE a été souscrite)

| 3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX | PEARL | | SAPPHIRE | | DIAMOND | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MATERNITÉ** | Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance | | | | | |
| Co-paiement, par visite ou par acte | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau | Au sein du réseau | Hors réseau |
| | 35 $ | 45 $ | 25 $ | 35 $ | 15 $ | 25 $ |
| **Maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et soins immédiats du nouveau-né**<br>Délai de carence: 10 mois | 80 % CUR jusqu'à 6250 $ par an | 60 % CUR jusqu'à 6250 $ par an | 90 % CUR jusqu'à 10 000 $ par an | 70 % CUR jusqu'à 10 000 $ par an | 100 % CUR jusqu'à 13 800 $ par an | 80 % CUR jusqu'à 13 800 $ par an |
| | Nous prenons en charge les coûts de **Maternité** et d'accouchement après expiration du **Délai d'attente** de 10 mois. Cela inclut:<br>- les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication<br>- les **Soins postnataux** nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...)<br>- les séances de préparation à l'accouchement,<br>- les diagnostics de **Maladies** chromosomiques,<br>- les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance.<br>Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à:<br>- Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (**Grossesse** môlaire)<br>- Le fœtus grandissant en dehors de l'utérus (**Grossesse** extra-utérine). | | | | | |
| **Accouchement sans complication (simple ou multiple)**<br>Délai de carence: 10 mois | Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie ci-dessus<br>Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres **Spécialistes** pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance après expiration du **Délai de carence** de 10 mois. | | | | | |
| **Complications à l'accouchement (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles représentent une nécessité absolue)**<br>Délai de carence: 10 mois | Plafond annuel Maternité doublé<br>Veuillez prendre contact avec nous pour un accord préalable dès que possible. Si vous avez besoin d'une admission en **Urgence** pour un événement dû à votre **Grossesse** ou l'accouchement merci de nous contacter dans les 48h qui suivent votre admission à l'**Hôpital**. Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne, après expiration du **Délai de carence** de 10 mois, lorsque la césarienne a été reconnue comme médicalement nécessaire par exemple lors d'une stagnation du processus classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...).<br>Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas Médicalement nécessaire / justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie **Maternité**. | | | | | |
| **Traitement de l'infertilité**<br>Délai de carence: 12 mois | 80 % CUR jusqu'à 1100 $ par tentative (dans la limite de 4400 $ pour toute la vie de l'adhésion) | 60 % CUR jusqu'à 1100 $ par tentative (dans la limite de 4400 $ pour toute la vie de l'adhésion) | 90 % CUR jusqu'à 1500 $ par tentative (dans la limite de 6000 $ pour toute la vie de l'adhésion) | 70 % CUR jusqu'à 1500 $ par tentative (dans la limite de 6000 $ pour toute la vie de l'adhésion) | 100 % CUR jusqu'à 1900 $ par tentative (dans la limite de 7600 $ pour toute la vie de l'adhésion) | 80 % CUR jusqu'à 1900 $ par tentative (dans la limite de 7600 $ pour toute la vie de l'adhésion) |
| | Nous prenons en charge, après expiration du **Délai d'attente** de 12 mois, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'examens de suivi et de fécondation dans le cadre du **Traitement de l'infertilité**. Au titre de ce contrat, les **Traitements de l'infertilité** désignent l'ensemble des méthodes de **Procréation Médicalement Assistée** suivantes:<br>• fécondations in Vitro (FIV),<br>• insémination artificielle,<br>• traitements hormonaux, chirurgie des trompes. | | | | | |

# 4./ EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT)

Bien que prenant en charge la majeure partie des traitements médicalement nécessaires, votre contrat ne couvre pas les dépenses liées aux traitements et procédures médicales indiquées ci-dessous, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit. En cas de doute sur quelque exclusion répertoriée ci-dessous, merci systématiquement de nous contacter au préalable avant d'engager tout traitement ou procédure médicale.

**Sont exclus de l'assurance** :

- **les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;**
- **les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;**
- **les dépenses pour frais de transport en ambulance ou en véhicule sanitaire terrestre non médicalement nécessaire**
- **toute dépense d'ordre médical et chirurgical prescrite par une autorité médicale non reconnue (praticiens, thérapeutes, cliniques, hôpitaux, centres médicaux non reconnus):**

· **par les autorités en vigueur dans le pays où le traitement a lieu, comme disposant d'une compétence particulière pour le traitement de l'Accident ou de la maladie concernés,**

· **par le Médecin conseil comme correctement qualifiés, compétents ou autorisés à prescrire un traitement et qui en ont été notifiés par écrit par celui-ci ;**

- **les médicaments non prescrits ;**
- **les traitements, consultations, médicaments prescrits par l'Adhérent, ses Ayants droit ou toute personne de sa famille;**
- **les frais jugés non nécessaires et ou inappropriés par le Médecin conseil de l'Assureur;**
- **en cas d'hospitalisation, les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs… ;**
- **les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés. Ne sont donc ainsi pris en charge et remboursés au titre du contrat que les Coûts usuels et raisonnables, à savoir les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues ;**
- **pour la kinésithérapie/physiothérapie, seuls les traitements conventionnels validés par le médecin conseil sont pris en charge. les drainages lymphatiques, les massages, et l'hydrothérapie du colon sont exclus ;**
- **les coûts d'une hospitalisation en chambre de luxe, chambre VIP et autres suites ;**
- **les traitements ou médicaments expérimentaux, à savoir toutes formes de traitements ou de médicaments qui du point de vue des Médecins conseils ne sont pas conventionnels ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée ;**
- **au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments, tels que les crèmes solaires, les produits de maquillage, la parapharmacie, les laits infantiles, vitamines, probiotiques, produits sans gluten, etc.;**
- **les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction prodigués par un chirurgien plasticien, visant à améliorer ou transformer l'apparence - même pour des raisons psychologiques - sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un Accident défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale liée au Traitement d'un cancer, intervenus durant la Période de couverture d'assurance ;**
- **le traitement prophylactique préexposition au HIV (pre-exposure);**
- **les hormones de croissance sans justificatif médical approuvé par le médecin conseil ;**
- **médicaments et traitement des troubles de l'érection ;**
- **les traitements et séjours en centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas, et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux ;**
- **tous les tests et traitements contre l'obésité/l'anorexie, ou nécessaires en raison de l'obésité ou de l'anorexie, incluant notamment les cours et frais de cure d'amaigrissement/d'engraissement, les aides et prescriptions médicamenteuses contre l'obésité / l'anorexie. Dans certains cas cliniques, après avis du Médecin conseil, peuvent être pris en charge les actes de chirurgie pour obésité morbide (IMC=Indice de Masse Corporelle > 40);**
- **les produits classés comme vitamines ou minéraux ainsi que les compléments alimentaires (sauf pour traiter une déficience majeure en vitamines), les produits de parapharmacie, les produits cosmétiques ;**
- **les consultations pour des Maladies ou troubles mentaux (hors consultations de Psychiatres et de Psychologues, si couverts au titre du contrat et dans la limite du nombre de jours/sessions prévus au contrat) ou troubles du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des Maladies version 10 de l'OMS);**
- **les soins, traitements et toutes les conséquences résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou Maladies auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale;**
- **toutes consultations de psychothérapie et/ou de psychanalyse avec un thérapeute ou conseiller familial (même si ces consultations sont effectuées par un Psychiatre);**
- **le retard de développement cognitif, sauf pour un enfant de moins de 20 ans n'ayant pas atteint le niveau de développement cognitif prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement cognitif doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée ;**
- **L'orthophonie ne sera couverte que dans la langue maternelle de l'Ayant droit, sauf avis contraire du Médecin conseil;**
- **les dépenses occasionnées lors de la réception d'un don d'organe ou de l'achat d'un organe, à savoir :**
- **les organes mécaniques ou d'origine animale, sauf dans les cas où un dispositif mécanique est temporairement utilisé dans le seul objectif de conserver les fonctions vitales dans l'attente d'une transplantation ;**
- **tout achat d'organe auprès d'un donneur quelle qu'en soit l'origine ;**
- **la culture et le stockage de cellules souches, de manière préventive, pour hypothétique utilisation future dans le cas d'une possible Maladie ;**
- **les frais engendrés par des complications causées directement par une blessure ou une Maladie non prise en charge, ou prise en charge partiellement, par le contrat ;**
- **les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir ;**

- les frais de rapatriement, et d'évacuation, y compris l'évacuation médicale depuis un navire vers un centre médical terrestre. Toutefois, certains seront pris en charge par l'assisteur aux conditions prévues par les garanties « Assistance simple » ainsi que par l'option « Assistance complète » si souscrite ;
- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium lorsque les établissements qui ont accueilli l'Assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les soins des pieds par un pédicure ou podologue, tels que: traitements pour cors / durillons, ongles épaissis et/ou difformes, sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil ;
- la chirurgie fœtale, c'est-à-dire le traitement ou la chirurgie mise en œuvre dans l'utérus avant la naissance, sauf s'il s'agit du résultat de complications déclarées pendant la Grossesse ;
- les frais de GPA (Gestation Pour Autrui), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses (gestation pour autrui), que l'Assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil ;
- l'interruption de grossesse (sauf s'il y a une menace pour la santé de la mère et sauf pour les assurées expatriées en Suisse ayant souscrit au pack HEALTH+CHILD avec le niveau de couverture PEARL, SAPPHIRE ou DIAMOND, dans les limites fixées au contrat) ;
- tous les dispositifs, opérations et traitements concernant les dysfonctionnements sexuels (déficiences sexuelles, tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ou les troubles liés au genre (troubles liés aux changements de sexe ou de réaffectations de genre);
- les frais de traitements de l'infertilité (et notamment la Procréation médicalement assistée) sauf si la garantie optionnelle HEALTH+CHILD (Maternité) a été souscrite par l'Adhérent et/ou ses Ayants droit ;
- les troubles du sommeil, y compris l'insomnie, sauf s'il est déclaré que l'Assuré souffre d'apnée du sommeil sévère;
- les frais de soins pré et postnataux pendant la période de carence ou lorsque la garantie Maternité n'a pas été souscrite ;
- les conséquences de l'infraction à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- les frais de psychomotricité ;
- les troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM), sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil ;
- les frais pour lesquels la Demande d'accord préalable n'a pas été faite par l'Assuré, le remboursement des soins prévus par le contrat peut être diminué. Le gestionnaire applique une pénalité pouvant aller de 40% à100% sur le montant de la prestation. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en zone 5 en dehors du réseau médical UnitedHealthcare International ;
- les traitements de maintien en vie, sauf avis contraire du Médecin conseil ;
- les frais administratifs ;
- les honoraires de Médecin dans un but uniquement administratif (par exemple dans l'obtention d'un visa, pour compléter un formulaire de remboursement, etc.);
- les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un Médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
- les admissions non médicales ou séjours hospitaliers qui incluent :
  - un traitement qui pourrait avoir lieu en journée ou en ambulatoire,
  - un traitement non médicalement justifié après avis du Médecin conseil,
  - une convalescence.
- le traitement d'une condition sujette à exclusion spécifique. Les exclusions spécifiques sont listées sur votre Certificat d'adhésion ;
- les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public ;
- tous soins, traitements et consultations prévus au titre des garanties HEALTH (médecine courante), HEALTH+ (Optique/dentaire) et/ou HEALTH+CHILD (Maternité), si l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit n'a pas / n'ont pas souscrit à ces options,
- tous soins, traitements et consultations en dehors de la Zone géographique de couverture sélectionnée si celle-ci est supérieure à la Zone de couverture souscrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une Urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré ou que nous en ayons exceptionnellement autorisé le traitement, avec accord auprès du Médecin conseil;
- tous les soins, traitements et consultations reçus au sein d'une Zone de couverture supérieure à la Zone sélectionnée, notamment aux États-Unis dans les cas suivants :

· Si l'Adhérent n'a pas opté pour la Zone de couverture supérieure correspondant à celle où les soins ont été prodigués, nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus dans cette zone, sauf en cas d'Urgence médicale telle que définie au contrat (urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le Pays de résidence principale ou une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré).

· Si l'Adhérent a opté pour la Zone de couverture « États-Unis », nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus aux États-Unis s'il est déterminé que l'Adhérent (et ses éventuels Ayants droit) a / ont adhéré au contrat dans l'unique but de se rendre aux États-Unis afin d'y recevoir des soins, traitements et consultations et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus par celui-ci avant son adhésion au contrat.

Sont également exclues de l'assurance les conséquences :

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Ayant droit ;
- des explosions ou des radiations causées par une réaction nucléaire, une transmutation de noyaux d'atomes ou la radioactivité. ;
- de la participation active de la personne assurée à des guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats, rixes, actes de terrorisme ou de vandalisme (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel).

Toutefois, les garanties s'appliquent lorsque la personne assurée victime « passive », n'a pas pris une part active à ces événements.

- d'un usage nocif, dangereux ou addictif de l'alcool, des stupéfiants et/ou des médicaments ainsi que tous traitements découlant d'un usage nocif, dangereux ou addictif de ces substances ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Adhérent ou Ayant droit ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de sports à titre professionnel
- de la pratique de sports énumérés ci-dessous :

· les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,

· les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée et trek nécessitant un matériel spécifique (cordes, piolets, crampons), saut à ski, bobsleigh, Skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,

· les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,

· les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir, hydro speed, kite surf,

· les sports de défense et de combat en compétition,

· les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, toute pratique de ces sports, même à titre d'initiation, de loisir ou de « baptême », lorsqu'elle est encadrée par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, est couverte à l'exception des sports « extrêmes ».

SONT ÉGALEMENT EXCLUS DE L'ASSURANCE LES FRAIS MÉDICAUX JUGÉS SOMPTUAIRES, DÉRAISONNABLES OU INHABITUELS, COMPTE TENU DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ÉTÉ ENGAGÉS. ILS PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU, APRÈS AVIS DU MÉDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR, D'UNE LIMITATION DE LA PRISE EN CHARGE EN FONCTION DES RECOMMANDATIONS DE CE MÉDECIN CONSEIL.

# 5./ MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

## 5.1. / VOTRE CONTRAT

### 5.1.1. ELIGIBILITE AU CONTRAT

**Adhérent principal**

Peut être inscrit à l'assurance, pour une zone de couverture déterminée correspondant à minima à son pays d'expatriation, chaque membre de l'association contractante, sous réserve de l'acceptation par l'assureur et :

- qu'il soit de nationalité différente de son Pays de résidence principale pendant la durée de l'adhésion au contrat,
- qu'il ait dûment complété et signé la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé,
- qu'il soit âgé d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-seize (76) ans (pour les zones 1, 2, 3 et 4)
- qu'il soit âgé d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-et-onze (71) ans (pour la zone 5).

Toutefois, certaines activités professionnelles dont la liste en vigueur à la Date d'effet du contrat est indiquée ci-dessous, sont soit soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur, soit font l'objet d'un refus.

**Les professions soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur sont :**

- les professions comprenant des activités de protection, de surveillance et de sauvetage de personnes,
- les professions comprenant des activités de surveillance et de gardiennage de biens,
- les professions comprenant des activités de transport ou d'achat de marchandises de valeur, métaux et pierres précieuses, objets d'art et/ou devises,
- les professions ayant pour objet l'enseignement de sports et la pratique de sports,
- toute profession nécessitant le port, l'utilisation ou le transport d'armes de quelque nature que ce soit,
- les professions nécessitant la manipulation de substances radioactives, corrosives ou toxiques,
- les professions ayant pour objet de conduire des enquêtes policières publiques ou privées, de recueillir des informations confidentielles, de négocier la libération d'otages,
- les professions ayant pour objet des activités pétrolières, minières, off-shore ou maritimes,
- les professions ayant pour objet des activités exercées à plus de 20 mètres de hauteur,
- les professions comprenant des activités sur plateformes pétrolières
- les pilotes de ligne.

**Les professions refusées par l'Assureur sont :**

- les professions de garde du corps, pompier,
- les professions de convoyeur de fonds,
- les professions comprenant des activités de surveillance de banques, d'ambassades ou de consulats,
- les professions ayant pour objet l'enseignement et/ou la pratique de sports automobile, aérien, maritime, souterrain ou de combat,
- les professions nécessitant des travaux souterrains ou sous l'eau,
- les professions nécessitant la manipulation d'explosifs (dont déminage),
- les professions ayant pour conséquence de prendre part à un conflit (guerre, guerre civile, insurrection, émeute, libération d'otages), quels que soient les protagonistes concernés.
- Le personnel d'ambassades et de consulats

### 5.1.2. PAYS SPECIFIQUE DE RESIDENCE ET ZONE DE COUVERTURE DU CONTRAT

Le Pays de résidence principale ou d'expatriation de l'Adhérent détermine la Zone de couverture minimale à souscrire, dans laquelle les garanties sont acquises.

Il est précisé que:

- la Zone de couverture sélectionnée doit être la même pour l'Adhérent et ses Ayants droit.
- une Zone de couverture supérieure à celle du Pays de résidence principale ou d'expatriation peut être souscrite, notamment si le Pays d'origine est situé dans une Zone de couverture supérieure.

Le contrat prévoit 5 Zones de couverture différentes, définies comme suit :

- Zone 5 : USA et territoires relevant des USA (Porto Rico, Iles Vierges des Etats-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines), ainsi que les pays des Zones 1, 2, 3 et 4
- Zone 4 : Bahamas, Brésil, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + Zones 1, 2, 3
- Zone 3 : Australie, Autriche, Canada, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle Calédonie, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Kitts et Nevis, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie et Vanuatu + Zones 1, 2
- Zone 2 : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Belize, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, Portugal, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Uruguay, Wallis et Futuna ainsi que les pays de la Zone .1
- Zone 1 : Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5

Les territoires non listés ci-dessus sont rattachés à la même zone de couverture que le pays continental dont ils dépendent.

Les garanties sont acquises dans la Zone de couverture sélectionnée. Toutefois, les séjours dans le pays d'origine, si celui-ci est dans la zone de couverture choisie, ne sont couverts que dans la mesure où les séjours n'excèdent pas une durée cumulée de 5 mois par an.

Les garanties sont également acquises, pour les seuls soins à prodiguer d'Urgence dans le monde entier, lors de séjours ponctuels (voyages à titre professionnel ou touristique) d'une durée inférieurs à 60 jours consécutifs, seulement s'ils font suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré.

## 5.2. / LA VIE DE VOTRE CONTRAT

### 5.2.1. DATE D'EFFET ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT ENTRE L'ASFE ET L'ASSUREUR

Le Contrat d'assurance de groupe ouvert conclu entre l'Assureur et l'Association contractante a pris effet le 1er juillet 2015, pour une première période se terminant le 31 décembre 2015. Il se reconduit tacitement le 1er janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties notifiée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement ou en cas d'exercice par l'association contractante de son droit de résiliation infra-annuelle conformément à l'article L.113-15-2 du code des assurances.
La demande de résiliation émanant de l'association contractante doit être adressée à l'assureur par lettre, courrier électronique ou, à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. La résiliation à l'initiative de l'assureur devra être formulée par lettre recommandée.

### 5.2.2. VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES

L'adhésion peut être, au choix de l'Adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (Cotisation individuelle) ou pour lui et tout ou partie de ses Ayants droit tels que définis dans le chapitre 2 DEFINITIONS DES GARANTIE SANTE (autant de Cotisations individuelles que d'Ayants droit en plus de la Cotisation individuelle de l'Adhérent principal).
L'adhésion peut être également souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de moins de dix-huit (18) ans, sous réserve que cet (ces) enfant(s) soi(en)t expatrié(s) hors de son (leur) Pays de nationalité et hors du Pays de résidence de ses (leurs) parents et que la Demande d'adhésion soit dûment complétée et signée par l'Adhérent.
Lors de son adhésion, l'Adhérent choisit la formule de garanties santé, de souscrire ou non aux garanties optionnelles, le niveau de garanties et le montant de la Franchise et du Co-paiement.
Il est précisé que pour tous les Ayants droit de l'Adhérent, la formule et le niveau de garantie ainsi que la franchise et les Co-paiement doivent être les mêmes que ceux retenus pour l'Adhérent lui-même, Ainsi:

- lorsqu'une garantie optionnelle est retenue par l'Adhérent, elle s'applique également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits à l'adhésion,
- tous les enfants Ayants droit de l'Adhérent doivent bénéficier des mêmes garanties.

Ces choix sont effectués par l'Adhérent lors de son adhésion au contrat.
Pour être garantis ou en cas de modification(s) des garanties souscrites, l'Adhérent et chaque Ayant droit doit remplir et signer un Questionnaire de santé, l'inscription à l'adhésion ou les modifications de garanties étant subordonnées à l'acceptation médicale de l'Assureur.
Après étude du ou des Questionnaires médicaux, le Gestionnaire (MSH International) pourra demander des examens médicaux complémentaires.
Si un Adhérent ou Ayant droit présentait un Risque aggravé de santé, l'Assureur pourrait être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.
Les conditions particulières d'acceptation de l'inscription au contrat ou pathologies déclarées au Questionnaire de santé l qui font l'objet d'un refus de garantie sont notifiées par lettre recommandée.
La durée minimale de souscription est de 6 mois incompressibles.
En cas de refus par le Gestionnaire (MSH International) d'une demande de modification(s) des garanties en cours d'adhésion, il est précisé que l'Adhérent et ses Ayants droit éventuellement inscrits à l'adhésion demeurent garantis dans les conditions antérieures à la demande de modification.
L'adhésion, ou sa modification, sont constatées par l'émission d'un Certificat d'adhésion sur lequel figurent outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des Ayants droit garantis ainsi que la Date d'effet de l'adhésion, les garanties choisies, la Zone de couverture sélectionnée, la Franchise, le Co-paiement le cas échéant, la Cotisation correspondante et le cas échéant, la durée fixe de l'adhésion.

### 5.2.3. AJOUTER UN/DES AYANT(S) DROIT A VOTRE ADHESION AU CONTRAT

Vous pouvez demander l'ajout d'un Ayant droit de votre famille en cours d'adhésion au contrat en complétant la Demande d'adhésion prévue à cet effet. Tout ajout d'Ayant droit donne lieu à un nouveau calcul de la cotisation annuelle telle que défini au paragraphe 5.4.1 Calcul de la cotisation de votre contrat.

Les nouveau-nés peuvent être couverts dès la naissance sans questionnaire de santé (sauf en cas de naissance multiple ou d'adoption d'un enfant placé en centre ou famille d'accueil), à condition que nous en soyons informés dans les 30 jours suivant la date de naissance de l'enfant.
Toutefois, un questionnaire de santé devra être complété dans le cas d'une demande d'ajout d'un nouvel ayant droit nouveau-né lorsque que les parents (ou l'un des parents) adhèrent au contrat depuis moins de 10 mois.

Pour informer de votre intention d'ajouter un nouveau-né à votre contrat, veuillez en faire la demande par écrit dans les 30 jours suivant la naissance de l'enfant, et faire parvenir l'acte de naissance délivré par l'hôpital.

Si l'assureur est informé de l'ajout d'un nouveau-né plus de 30 jours après la naissance, les formalités médicales sont applicables pour cet enfant et il ne sera couvert qu'à la date de l'acceptation de l'assureur.
Veuillez noter que tous les enfants issus de naissance multiple, les enfants adoptés, les enfants nés de GPA (gestion pour autrui), seront obligatoirement soumis à acceptation pour être inscrits à votre adhésion.

### 5.2.4. LES ELEMENTS MATERIALISANT VOTRE ADHESION

Votre adhésion au contrat FIRST'EXPAT+ ou RELAIS'EXPAT+ est matérialisée par l'ensemble des documents suivants :

- **Votre certificat d'adhésion :** il s'agit d'un document unique, édité à l'adhésion, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhérent et précise, outre les nom de l'Adhérent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion, les garanties et formules choisies, la Zone de couverture sélectionnée, les Franchise(s) et la Cotisation correspondante. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières de votre adhésion au contrat.
- **Votre attestation d'assurance :** il s'agit d'un document pouvant être réédité, ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes : nom de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, Date d'effet de l'adhésion, numéro et type de contrat souscrit, Assureur du contrat, garanties et formules souscrites et Zone de couverture sélectionnée.
- **Votre appel de cotisation :** il s'agit d'un document qui vous indique le montant de votre Cotisation d'assurance et la Période de couverture. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement de la Cotisation d'assurance s'effectue.
- **La présente notice d'information valant conditions générales:** il s'agit du présent document définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursements), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion.

## IMPORTANT

Lors de votre adhésion, vous avez reçu une lettre d'accueil par email comprenant votre carte MSH International Conservez-la, elle facilitera vos démarches auprès des professionnels de santé.

### 5.2.5. OBTENIR UN CERTIFICAT D'ADHESION POUR UN NOUVEL AYANT DROIT

Dès l'inscription d'un nouvel ayant droit, subordonnée le cas échéant à son acceptation suite au processus de formalités médicales par notre Médecin Conseil, nous vous enverrons un nouveau Certificat d'adhésion pour prendre en compte l'ajout du nouvel Ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession.

### 5.2.6. ANNULER VOTRE ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DELAI DE RENONCIATION

- **Si l'adhérent a été démarché à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail :**

En application de l'article L.112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile ou à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- **Si l'adhésion a été conclue à distance (par internet, par téléphone, par courrier ou par fax) :**

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, l'adhérent bénéficie de la faculté de renoncer à son adhésion au contrat dans un délai de 14 jours révolus à compter soit de la date d'adhésion, soit de la date d'envoi de son certificat d'adhésion si elle est postérieure, sans motif ni pénalité.
La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- **Comment exercer son droit de renonciation dans les deux cas précités ?**

L'adhérent peut renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception adressé à l'assureur selon le modèle de rédaction ci-dessous :
« Je soussigné(e) (nom - prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat FIRST' EXPAT + ou RELAIS' EXPAT +, n°210/ XXXX (nom du contrat et n° de l'adhésion au contrat à préciser) conclue suite à un démarchage à mon domicile(*) ou - à distance(*) le …./…. /…. et demande le remboursement de la Cotisation versée, déduction faire de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. » (Date et signature). »
(*) selon la situation
La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique par le Gestionnaire MSH International.

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la Date de résiliation.
L'assureur est tenu de lui rembourser le solde des cotisations au plus tard dans les 30 jours suivant la Date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la Cotisation reste due à l'Assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat et dont l'Adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

### 5.2.7. DEBUT DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

**Pour l'Adhérent:**
La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur) après réception par ce dernier :

- de la Demande d'adhésion et du ou des Questionnaire(s)de santé, dûment complété(s) et signé(s),
- et du règlement total de la première échéance mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle de la Cotisation.

L'adhésion prend effet, le 1er ou le 15 du mois qui suit la date de notification de l'acceptation de l'adhésion. Cette date est indiquée au Certificat d'adhésion.
L'adhésion au contrat est souscrite soit pour une période fixe indiquée sur le Certificat d'adhésion dont la durée ne peut être inférieure à 6 mois soit pour une période annuelle se terminant après 365 jours de couverture, avec renouvellement annuel par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion dans les conditions du paragraphe 5.2.8 ci-après et sous réserve du paiement des Cotisations indiquées par l'Assureur.
Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs Enfants à charge, âgés de moins de dix-huit (18) ans, expatrié(s) hors de son (leur) pays de nationalité et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion prend également effet dans les conditions prévues ci-dessus.
Lorsque l'Adhérent demande son adhésion aux garanties optionnelles postérieurement à son adhésion au contrat et, au plus tôt, à la première date anniversaire de la prise d'effet de son adhésion à la Garantie de base, la ou les garanties optionnelles prendra(ont) effet, sous réserve du résultat des formalités médicales, à l'expiration des Délais de carence prévus au paragraphe ci-après. Les délais de carence seront décomptés à compter de la date d'acceptation de la modification par l'Assureur. Avant absorption de ces délais de carence, seules les garanties de base seront accordées à l'Adhérent.

**Pour les Ayants droit de l'Adhérent :**
Sous réserve de l'acceptation de l'assureur aux vues des formalités médicales demandées, l'inscription à l'adhésion des Ayants droit prend effet :

- à la même date que pour les Adhérents eux-mêmes lorsque leur inscription est demandée à l'origine de l'adhésion,
- lors de la modification de la situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un pacte civil de solidarité, de Concubinage, de naissance ou d'adoption d'enfant, le 1er ou le 15 du mois qui suit la date d'acceptation de ce ou ces nouveaux Ayants droit par l'Assureur, **sous réserve d'une déclaration au Gestionnaire (MSH International) de cette modification dans les 90 jours qui suivent la modification. À défaut, l'inscription de l'Ayant droit concerné sera reportée à la date anniversaire de l'exercice suivant la demande.**

Les garanties prennent effet pour chaque Adhérent et ses Ayants droit, sous réserve de l'application des Délais de carence suivants :

- immédiatement à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus pour :
  - les frais médicaux au titre des garanties Hospitalisation médicale ou chirurgicale - Actes et frais de chirurgie, Médecine générale - Spécialités - Analyses, Pharmacie, Médecines préventives (hors Bilan de santé) et Médecines alternatives,

- les Consultations et soins dentaires/ophtalmologiques lorsqu'ils font suite à un Accident ou à une Maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre l'expiration du Délai de carence,

- Ou après application des Délais de carence suivants (selon les garanties souscrites) détaillés ci-après :

**Détail des delais de carence**

- Délai de carence de 3 mois en ce qui concerne les garanties consultations dentaires et soins dentaires/ophtalmologiques courants (hors urgences) et parodontologie,
- Délai de carence de 6 mois en ce qui concerne les garanties Optique et Dentaire (HEALTH+) (hors consultations et soins dentaires): prothèses, implants dentaires, greffes osseuses et chirurgie dentaire,
- Délai de carence de 10 mois en ce qui concerne les garanties Maternité (HEALTH+CHILD) (y compris les soins prénataux et postnataux),
- Délai de carence de 12 mois en ce qui concerne les garanties orthodontie, traitement de l'infertilité (y compris procréation médicalement assistée), Médicaments sur prescription pour affection de longue durée (ALD) (Zone 1 à 4), consultations de psychologues et traitements et soins psychiatriques (sauf en cas d'hospitalisation).

Lorsque l'adhésion fait suite à un contrat antérieur offrant des garanties équivalentes, tant en termes de garanties souscrites que de niveaux de remboursement, aucun Délai de carence ne sera appliqué. **Cette disposition n'est pas applicable en ce qui concerne les garanties Maternité (y compris les soins prénataux et postnataux) et traitement de l'infertilité, où les Délais de carence : 10 et 12 mois demeurent.**
Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la Date d'effet des garanties.

### 5.2.8. RENOUVELER OU METTRE FIN À VOTRE ADHESION AU CONTRAT

Excepté lorsque l'adhésion est à durée ferme, elle est souscrite pour une première période d'une année.
L'adhésion se reconduit tacitement à chaque date anniversaire pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation, par l'une des parties.
L'adhérent peut dénoncer l'adhésion par lettre, courrier électronique ou à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances :

- 2 mois au moins avant chaque date anniversaire de l'adhésion au contrat, conformément à l'article L113-12 du Code des Assurances,
- à tout moment, à compter d'un an d'assurance révolue conformément à l'article L113-15-2 du Code des Assurances, pour un effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification à l'assureur.

Autres cas de résiliation :
L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles prévues à l'article 5.2.9 « Cessation de l'adhésion et fin des garanties ».
L'assureur peut dénoncer l'adhésion au contrat conformément aux dispositions prévues :

- en cas de non-paiement des cotisations (article 5.4.5),
- en cas de refus de l'évolution de la cotisation (article 5.4.2)
- en cas de constat d'une fausse déclaration (article 5.5.8).

En outre, en cours d'adhésion, les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. L'adhérent sera dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Si l'adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé, dénoncer son adhésion par lettre, courrier électronique, ou à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des Assurances.

### 5.2.9 CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION)

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Adhérent et ses Ayants droit:

- **A la Date de résiliation du contrat :** Dans ce cas, l'Assureur proposera à l'Adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la Cotisation indiquée par l'Assureur.
- Lorsque l'Adhérent n'adhère plus à l'Association contractante, cette dernière devant en aviser le Gestionnaire (MSH International) dans un délai d'un mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 6 mois d'adhésion au contrat.
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion telle que mentionnée à l'article 5.2.8 « Renouveler ou mettre fin à votre adhésion au contrat »,
- **En cas de non règlement des cotisations :** si la Cotisation relative à l'adhésion n'est plus réglée.
- **En cours d'année :** dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion au contrat comme par exemple dans le cas d'un retour dans le pays d'origine, l'inscription par l'employeur à un contrat de même nature ou à la sécurité sociale française ou locale ; la résiliation de l'adhésion prendra effet le 1er ou 15 du mois suivant la date de réception du courrier de résiliation accompagné d'un justificatif officiel. Aucune résiliation ne sera prise en compte sans justificatif officiel[3]. La date de fin de contrat sera déterminée par la date de réception du justificatif et ne pourra

[3] Par Justificatif officiel, nous entendons:
- une copie de l'attestation de l'employeur précisant l'obligation de couverture par l'employeur,
- une attestation d'affiliation au régime de sécurité sociale française ou locale,
- une quittance de loyer, une facture d'électricité ou d'eau de votre résidence principale à votre nom dans le cas d'un retour dans le pays de nationalité.

être effective avant un préavis minimal d'un mois. Par exemple, nous recevons une demande de résiliation avec un justificatif de retour officiel le 26 janvier, le contrat ne pourra prendre fin avant le 1er mars. Le gestionnaire MSH International se donne le droit de vérifier la véracité des justificatifs officiels. Dans le cas où les justificatifs seraient faux, la résiliation en cours d'année ne pourra avoir lieu et les cotisations resteront dues jusqu'à une éventuelle résiliation infra-annuelle ou une résiliation à la date anniversaire de l'adhésion.

- **En cas de décès de l'Adhérent :** À cette date, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant, inscrit au contrat, pourra souscrire une adhésion au contrat pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit ; dans les conditions de la section 5.2.2 VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES au chapitre 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT.
  Toutefois, aucune formalité médicale ne sera exigée par l'Assureur.

L'adhésion et les garanties cessent en tout état de cause :

- pour les adhérents au contrat RELAIS'EXPAT+, à la date de cessation de l'affiliation à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) ou de la cessation des droits de l'assuré auprès de cet organisme,
- au terme de la durée fixe indiquée au Certificat d'adhésion ou à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée, lorsque l'Adhérent demande la résiliation de son adhésion au contrat, notifiée par lettre, courrier électronique ou, par tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances adressée au Gestionnaire (MSH International) sous réserve d'un préavis de 2 mois avant la date anniversaire. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 12 mois d'adhésion au contrat,
- à la date du retour définitif (séjour continu supérieur à 3 mois) dans le pays d'origine.
- Il est précisé que toute radiation est définitive. La cessation de l'adhésion de l'Adhérent entraîne en tout état de cause et à la même date, la cessation des garanties et la radiation de tous ses Ayants droit.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de moins de dix-hui (18) ans, expatrié(s) hors de son (leur) pays de nationalité et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion et les garanties cessent, pour chacun des enfants concernés, dès qu'il atteint son 18e anniversaire. À cette date, cette adhésion pourra être poursuivie, sans nouvelle formalité médicale, l'enfant acquérant la qualité d'Adhérent.

Les garanties prennent fin, en tout état de cause, pour les Ayants droit:

- pour le Conjoint: à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
  - ou pour le Partenaire: à la date de rupture du pacte civil de solidarité,
  - ou pour le Concubin: à la date de cessation du Concubinage,
- pour les enfants: dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'Adhérent et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 20e anniversaire ou leur 26e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par le contrat au 1er euro.

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.
L'adhésion au contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute Prestation ou service exposerait l'Assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

### 5.2.10. APPORTER DES MODIFICATIONS A VOTRE ADHESION

Nous vous adressons toutes les communications et informations importantes relatives à votre adhésion à l'adresse que vous nous avez indiquée dans le Bulletin d'adhésion (adresse privée de correspondance et adresse e-mail). Si vous souhaitez les modifier, vous pouvez le faire directement via votre **Espace Assuré**, rubrique **Votre Affiliation/Votre situation**. Vous devez nous informer si vous/vos ayants droit changez d'adresse, de pays de résidence principale, ou de nationalité.

- **CHANGEMENT DE LIEU DE RESIDENCE, D'ADRESSE POSTALE OU D'ADRESSE E-MAIL**

Merci de nous informer systématiquement par écrit le plus rapidement possible en cas de:

- changement d'adresse privée de correspondance, y compris si vous restez dans le même Pays de résidence principale.
- changement d'adresse e-mail,
- changement de Pays de résidence principale.

**IMPORTANT**

Si vous déménagez dans un autre pays, il est de votre responsabilité de nous en informer immédiatement. En effet, votre nouveau Pays de résidence principale peut être caractérisé par des niveaux de coûts de santé différents de votre Pays de résidence principale actuel, nécessitant un ajustement, à la hausse ou à la baisse, de votre zone de couverture et de la Cotisation correspondante.

Aussi, merci de nous tenir informés de tout changement d'adresse qui vous concerne et/ou concerne vos Ayants droit.

- **DECES DE L'ADHERENT PRINCIPAL OU D'UN AYANT DROIT**

Si l'Adhérent principal devait décéder, il conviendrait alors de nous en informer dans un délai d'un mois suivant le décès de celui-ci. L'adhésion au contrat prendrait alors fin et un remboursement de la Cotisation de l'année en cours serait effectué au prorata. S'il en exprime le souhait, le premier Ayant droit indiqué sur le Certificat d'adhésion aurait alors la possibilité de nous faire parvenir une demande pour devenir l'Adhérent principal du contrat (s'il a atteint l'âge de dix-huit (18) ans) et inclure à son contrat les autres Ayants droit. Suite au décès d'un Ayant droit, son adhésion prendra fin et un remboursement de la Cotisation de l'année en cours pour cet Ayant droit sera effectué au prorata.

- **CHANGEMENT DE FORMULE (QUARTZ, PEARL, SAPPHIRE OU DIAMOND)**

Un changement de formule ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. Un seul changement de formule pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.

- **CHANGEMENT DE FRANCHISE**

Un changement de Franchise (ou la mise en place d'une Franchise dans le cas où l'Adhérent n'en avait pas choisi dans la Demande d'adhésion) ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de Franchise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.** Dans le cas d'une suppression ou réduction de la franchise, MSH International pourra demander un nouveau questionnaire de santé à l'Adhérent principal et le cas échéant ses ayants droit et pourra appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spécifique.

- **CHANGEMENT DE NIVEAU D'INTERVENTION (DES LE 1ER EURO/DOLLAR OU EN COMPLEMENT DE LA CFE)**

Un changement de niveau d'intervention ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. Un seul changement de niveau d'intervention pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.

- **CHANGEMENT OPTION(S) (HEALTH, HEALTH+ OU HEALTH+CHILD)**

Un changement d'option quel qu'il soit ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement d'option pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT DE DEVISE (EURO OU DOLLAR)**

Un changement de devise quel qu'il soit ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de devise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT DE ZONES DE COUVERTURE (ZONE 1, 2, 3, 4 OU 5) ET AJOUT D'UN AYANT DROIT AU CONTRAT**

Contactez votre centre de gestion pour toute modification de Zone de couverture ainsi que pour ajouter un Ayant droit au contrat.

## 5.3. / REMBOURSEMENTS

Les frais sont servis dans la limite des frais réels, des Coûts usuels et raisonnables pour le pays concerné et des maxima contractuels (voir article ci-après sur la notion de Coûts usuels et raisonnables).

### 5.3.1. DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Toutes les demandes de remboursement de soins de santé doivent être adressées à MSH International dans les 24 mois suivant la date des soins (sauf si autre disposition prévue par votre contrat). **Toute demande réceptionnée au-delà de ces 24 mois ne sera pas traitée.**

### 5.3.2. MONNAIES DE REMBOURSEMENT

Nous vous remboursons dans la devise que vous avez précisée dans votre demande de remboursement, sauf s'il est illégal de procéder à un règlement dans cette devise au titre des réglementations bancaires Internationales. Dans cette hypothèse, nous vous rembourserons dans la devise que vous utilisez habituellement pour régler votre Cotisation.
Si la devise de votre compte bancaire n'est pas celle dans laquelle les soins de santé ont été engagés, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui utilisé par les Nations Unies le dernier jour du mois précédant la date des soins.

IMPORTANT : Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicté, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

Le remboursement peut être effectué :

- par virement dans la devise de votre compte bancaire.

**FRAIS DE VIREMENT BANCAIRES EVENTUELLEMENT APPLICABLES**

Vous n'aurez pas de frais de virement bancaire (excepté les frais de tenue de compte), lorsque la devise de votre compte bancaire et de votre remboursement correspondent à la devise du pays où votre compte est domicilié.

### 5.3.3. REMBOURSEMENT ET FRANCHISES (HORS MATERNITE)

La Franchise désigne le montant que tout Assuré doit payer pour ses frais médicaux, par Année d'assurance, avant que nous puissions commencer à le rembourser. Il s'agit du montant à la charge de l'Adhérent et de chacun de ses éventuels Ayants droit, qui est déduit de la somme remboursable. La Franchise s'applique par personne et par Année d'assurance. Si cette option a été sélectionnée elle sera indiquée dans le Certificat d'adhésion.
Si la demande de remboursement excède le montant total de la Franchise ou le montant restant de celle-ci (si vous avez déjà soumis des demandes de remboursement n'atteignant pas le montant annuel), nous rembourserons les soins couverts au-delà du montant de Franchise annuelle sélectionné.

### 5.3.4. REMBOURSEMENT SUITE A UNE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Si la Demande d'accord préalable n'est pas effectuée ou a été refusée, le remboursement des soins prévu par le Contrat d'assurance de groupe ouvert est diminué. Pour toute demande de remboursement de frais soumis à accord préalable mais n'ayant pas fait l'objet de cette formalité, le Gestionnaire (MSH International) applique une pénalité pouvant aller de 40 % à 100 % sur le montant de la Prestation.
Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en Zone 5 en dehors du Réseau médical UnitedHealthcare International.
Veillez donc bien à systématiquement demander un accord préalable avant d'engager des frais. Nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

## 5.4. / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

### 5.4.1. CALCUL DE LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

La Cotisation annuelle est fixée, par personne assurée, en fonction :

- de l'âge de la personne assurée,
- de la Zone de couverture sélectionnée,
- de la formule de garantie souscrite (Quartz, Pearl, Sapphire ou Diamond)

- des garanties souscrites (Garanties de base uniquement (HOSPI) ou Garanties de base + Garantie(s) optionnelle(s): Médecine courante (HEALTH), Médecine courante + Optique/Dentaire (HEALTH+) ou Médecine courante + Optique/Dentaire + Maternité (HEALTH+CHILD)°,
- des Franchises et/ou Co-paiements sélectionnés,
- et de la couverture (au 1er euro/dollar ou en complément de la CFE).

Il est précisé que tant que 3 enfants au moins sont garantis au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les Cotisations de 2 enfants seront dues, les plus élevées en termes de montant, les autres enfants étant garantis sans contrepartie de Cotisation. Autrement dit, à partir du moment où 3 enfants au moins sont couverts au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les cotisations des deux enfants dont les cotisations les plus élevés seront dues.
Le montant de la Cotisation est revu à chaque date anniversaire de l'adhésion au contrat compte tenu de l'âge de chaque Bénéficiaire et du tarif en vigueur à cette date anniversaire (compte tenu de l'application de la clause d'Ajustement prévue ci-après) tel qu'indiqué au paragraphe 5.4.2 Evolution de la cotisation dans le temps ci-dessous.

### 5.4.2. EVOLUTION DE LA COTISATION DANS LE TEMPS

- Toute modification au contrat ou à l'adhésion (par exemple un changement d'option ou un ajout d'ayant droit) donne lieu à un nouveau calcul de la cotisation annuelle telle que défini au paragraphe 5.4.1 Calcul de la cotisation de votre contrat.
- Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la Cotisation.
- Ajustement de la cotisation du Contrat d'assurance de groupe ouvert : Les taux de cotisations sont susceptibles d'être révisés, au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat d'assurance de groupe ouvert, souscrit par l'association ASFE auprès de Groupama Gan Vie, l'Assureur, enregistrés au cours de l'année civile écoulée et de la dérive des coûts de santé constatés dans le Monde.
- Ajustement de la cotisation de votre adhésion : le montant de la Cotisation de votre adhésion est revu chaque année, à la date anniversaire de celle-ci, compte tenu de l'âge de l'Adhérent et de chacun des Ayants droit garantis et du tarif en vigueur à cette date compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-avant. Cet ajustement des Cotisations s'applique à votre adhésion au contrat à chaque date d'anniversaire de celle-ci.

### 5.4.3. MODALITES DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET DES FRAIS SUPPLEMENTAIRES

Les Cotisations sont payables à l'ordre d'ASFE mensuellement (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros ou dollars US.
Les Appels de cotisation d'ASFE sont envoyés en fonction de la périodicité du paiement que vous avez choisie lors de votre affiliation (mensuelle (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestrielle, semestrielle ou annuelle).
Pour votre règlement, vous avez le choix entre différents modes de paiement :

- EN LIGNE, PAR CARTE BANCAIRE (VISA – MASTERCARD – AMERICAN EXPRESS) :
  sur www.msh-intl.com, dans votre Espace assuré, rubrique Paiement en ligne.
- PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (SUR COMPTE EN FRANCE OU À MONACO UNIQUEMENT) :
  Complétez et signez l'autorisation de prélèvement automatique fournie avec votre Appel de cotisation (également disponible sur simple demande).
- PAR VIREMENT
  - de France : utilisez les références bancaires de MSH International.
  - ou de l'étranger : par Swift, utilisez les IBAN et BIC de MSH International.

Merci de nous contacter pour connaitre nos coordonnées bancaires. Indiquez votre n° d'Adhérent ASFE (très important pour une bonne imputation du virement). Les frais afférents à ce mode de paiement seront à votre charge.

### 5.4.4. INFORMATIONS EN LIGNE SUR LE REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

Pour une meilleure information sur le règlement de votre Cotisation, vous recevrez par e-mail, selon la périodicité choisie, un Appel de cotisation ASFE un mois avant chaque échéance due. Nous vous invitons ainsi à toujours réactualiser votre adresse e-mail afin de permettre une meilleure communication et un suivi régulier de vos Cotisations.

### 5.4.5. PROCEDURE EN CAS DE NON-REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

En application des dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, toute Cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.
En cas de non-paiement d'une Cotisation par l'Adhérent, en application des dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'Association contractante doit, au plus tôt, 10 jours après la date d'échéance de la Cotisation impayée, adresser à l'Adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'Assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.
La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la Cotisation. L'Adhérent reste redevable de l'intégralité de la Cotisation jusqu'à sa date de radiation.

### 5.4.6. FRAIS DE BANQUE

Vous devez vous acquitter des éventuels frais administratifs que votre banque pourrait vous faire supporter dans le cadre du paiement de votre Cotisation.

### 5.4.7. REMBOURSEMENT DE LA COTISATION

En cas de Résiliation de l'adhésion au contrat (au plus tôt 6 mois après la date d'adhésion), l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée.

## 5.5. / INFORMATIONS LEGALES

### 5.5.1. LEGISLATION APPLICABLE ET JURIDICTION

Les Contrats d'assurance de groupe ouvert sont régis par le droit français et par le Code des Assurances français et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Ils relèvent de la branche 2 (Maladie) de l'article R. 321-1 du Code des Assurances.
Les déclarations de l'Association contractante, des Adhérents et des Assurés servent de base aux garanties du contrat. L'Association contractante, l'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

### 5.5.2. INFORMATION DES ADHERENTS

Le présent Guide de l'Adhérent établi par l'Assureur valant conditions générales est remis à chaque Adhérent par l'Association contractante, accompagné du Certificat d'adhésion valant conditions particulières.

### 5.5.3. LANGUE APPLICABLE

La langue du contrat d'assurance de groupe est la langue française. En cas de désaccord sur l'interprétation des garanties de ce contrat, seule la version française de ce contrat ne saurait être prise en considération. Les traductions des documents contractuels composant le contrat ne sont mises à la disposition des Adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

### 5.5.4. PRESCRIPTIONS

En application de l'article L114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court que du jour où :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru : l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre : les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

**Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.**

En application de l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption **suivantes :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil),
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil),
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

**Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.**

**En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.**

**Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).**

**L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).**

Le délai de prescription est également interrompu par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Il est précisé que l'adhésion au contrat est sans effet lorsque l'exécution du contrat, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

### 5.5.5. PROCEDURES DE RECLAMATION ET SERVICE DE MEDIATION

En cas de désaccord, l'Adhérent doit avertir MSH International dans les 6 mois qui suivent ce désaccord.

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'Adhérent ou l'Ayant droit peut s'adresser :

- au Gestionnaire MSH International par écrit à l'adresse suivante : MSH International, Service réclamation, 23 allées de l'Europe 92 587 Clichy Cedex.

Ou

- au service en charge de la relation avec la clientèle de l'Assureur à l'adresse suivante:
  Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'Assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie – Service Réclamations – TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex - https://reclamations.ggvie.fr. Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, l'Adhérent ou l'Ayant droit pourra saisir la Médiation de l'Assurance :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance, Pôle PLANETE CSCA, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09
- en ligne : https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur
- par email : le.mediateur@mediation-assurance.org

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales» sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr.
Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

### 5.5.6. CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES - DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

#### 5.5.6.1. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.
Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).
Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

#### 5.5.6.2. DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, auprès de Groupama Gan Vie - Direction Risques et Conformité - Délégué Relais à la Protection des Données - Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre – contact.dpo@ggvie.fr.
Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur à **Groupama Gan Vie - Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**
Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.
Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

#### 5.5.6.3. POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNEES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

**Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects**

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées

au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :
- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

### Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects, et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :
- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :
- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

### Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

### Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs. Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires. Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

#### Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

#### Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé. Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même. Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

### 5.5.6.4. TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat…).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

### 5.5.6.5. DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

#### Echanges dématérialisés avec l'Association contractante et l'adhérent

S'agissant des informations et documents relatifs à leur contrat, l'Association contractante et l'adhérent sont informés que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment leur fournir ou mettre à leur disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via leur espace client sécurisé respectif.

Par la communication de leur adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, l'Association contractante et l'adhérent reconnaissent que cette dématérialisation est adaptée à leur situation.

L'Association contractante et l'adhérent peuvent, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à leur charge.

Pour ce faire, l'Association contractante et l'adhérent, peuvent adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler. Ils peuvent également faire leur choix à partir de leur espace client sécurisé.

L'Association contractante et l'adhérent s'engagent à informer sans délai l'assureur de toute modification de leur adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de leur situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de leur contrat.

#### Mise à disposition d'un espace client sécurisé

L'assureur peut mettre à disposition de l'Association contractante et de l'adhérent un espace client sécurisé permettant à ces derniers :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur. Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'adhérent puisse s'y reporter.
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de son contrat.

##### *Code d'accès*

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué à l'Association contractante et à l'adhérent de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par leurs soins. Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'identifier l'Association contractante et l'adhérent, permettant ainsi de garantir leur habilitation à consulter et à gérer leur contrat dans l'espace client.

L'Association contractante et l'adhérent s'engagent à assurer la confidentialité de leur code d'accès respectif.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, l'Association contractante et l'adhérent doivent impérativement et sans délai en informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe leur soit attribué. Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'Association contractante et de l'adhérent.

En cas de négligence de leur part, ils sont seuls responsables de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de leur code d'accès confidentiel.

*Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)*

Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de leur code d'accès, l'Association contractante et l'adhérent doivent prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de leur contrat et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

**Convention de preuve**

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'Association contractante et à l'adhérent ;
- à la mise à disposition par l'assureur d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de leur contrat effectuées par l'Association contractante et l'adhérent dans leur espace client sécurisé respectif.

L'Association contractante, l'adhérent et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans leur espace client sécurisé, après authentification au moyen de leur code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'Association contractante et l'adhérent ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations réalisées par l'Association contractante et l'adhérent dans leur espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur seront opposables à l'Association contractante et l'adhérent et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre l'Association contractante, l'adhérent et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur seront opposables à l'Association contractante et l'adhérent et auront valeur de preuve.

#### 5.5.6.6. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, Groupama Gan Vie est assujetti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier. Groupama Gan Vie est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses clients.

### 5.5.7. CAS DE FORCE MAJEURE

L'Assureur ne peut être tenu pour responsable des manquements à l'exécution de ses obligations résultant de cas de force majeure ou des événements suivants: guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des Prestations résultant des mêmes causes.

### 5.5.8. FRAUDE ET DISSIMULATION DES FAITS - FAUSSE DECLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

#### DECHEANCE DES GARANTIES

**L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré dès lors qu'il constate que ce dernier a intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.**

### 5.5.9. RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.
Lorsque l'adhérent est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. L'adhérent atteint de blessures imputables à un tiers doit impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

**Lorsque l'adhérent est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur en tant que tiers payeur.**

Conformément au code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

### 5.5.10. RESPONSABILITE

La responsabilité de l'Assureur vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants qui figurent dans le Tableau des garanties. En aucun cas, le montant du remboursement, lié aux conditions du contrat, des couvertures médicales publiques ou de toute autre assurance, ne sauraient excéder le montant des frais indiqués sur la facture.

### 5.5.11. COMMUNICATION AVEC LES AYANTS DROIT

Dans le cadre de l'administration de l'adhésion au contrat d'assurance, le Gestionnaire peut être amené à demander des informations complémentaires à l'Adhérent et à ses Ayants droit. Si le Gestionnaire doit communiquer au sujet d'un Ayant droit (par exemple si des informations supplémentaires sont requises pour traiter une demande de remboursement), le Gestionnaire du contrat pourra contacter l'Adhérent principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses Ayants droit, afin que celui-ci transmette les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par le contrat pourra être envoyée directement à l'Adhérent principal.

# 6./ CONTACTER MSH

**OBTENTION DE VOS IDENTIFIANTS**

❶ Connectez-vous sur www.msh-intl.com dans votre Espace Assuré.

❷ Sur l'écran d'authentification, cliquez sur « Obtenir vos identifiants».

❸ Renseignez les informations demandées et cliquez sur « Envoyer » - Vous recevrez vos login et mot de passe directement par e-mail.

Pour toute demande, contactez-nous 7j/7, 24h/24 :

**AMÉRIQUE DU NORD ET DU SUD**
MSH
2900, 605 - 5th Avenue S.W.
Calgary, Alberta
T2P 3H5 CANADA

Tél. : +1 403 539 6136
N° vert USA : +1 888 842 1530
Fax : +1 403 265 9425
adminamerica@msh-intl.com

**EUROPE**
MSH
23 allées de l'Europe
92587 CLICHY CEDEX France

Tél. : +33 (0)1 44 20 48 15
Fax : +33 (0)1 44 20 48 03
admineurope@msh-intl.com

**AFRIQUE**
MSH
Immeuble Azur Work Space
42, rue Platon
Zone d'activité Khaireddine
Lac 3 - Tunis TUNISIA

Tél : +216 31 38 45 55
adminafrica@msh-intl.com

**MOYEN-ORIENT**
MSH
Al Bwardy Building, Office
3C, Level 3, Al Mankhool,
P.O. BOX : 506537
Dubaï - Émirats Arabes Unis

Tél. : +971 4 365 1302
adminmea@msh-intl.com

**CHINE ET HONG-KONG**
MSH
5/F, North Tower, Building 9, Lujiazui Software Park,
Lane 91, E Shan Rd,
Shanghai – P.R. CHINA, 200127

Tél. : +86 21 6187 0591
Fax : +86 21 6160 0153
adminchina@msh-intl.com

**ASIE PACIFIQUE**
MSH
Level 7, Unit 7-2 Menara 1
Sentrum,
201 Jalan Tun Sambanthan,
Brickfields
50470 Kuala Lumpur - Malaysie

Tél. : +60386 810 800
adminasia@msh-intl.com

# 7./ ANNEXE 1: LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les médicaments sur prescription pour une affection longue durée sont prescrits pour les affections de longue durée listées ci-dessous :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- maladie coronaire
- insuffisance respiratoire chronique grave
- maladie d'Alzheimer et autres démences 2,3
- maladie de Parkinson 3
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- mucoviscidose
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- paraplégie
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques 3
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- spondylarthrite grave
- suites de transplantation d'organe
- tuberculose active, lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

**ASFE,** Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une association de loi 1901.
Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale /rapatriement, et responsabilité civile.

**MSH,** concepteur et gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 500 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le monde.
MSH met à votre service une équipe dédiée, disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien.

## VOS CONTACTS

### MSH

Pour de plus amples informations ou pour souscrire, vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : sales@msh-intl.com
- Site web: www.msh-intl.com

09/2026

pour le compte de

**MSH,** société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est au 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, Cedex 17 France. Immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le nº 352 807 549, inscrite à l'ORIAS sous le nº 07 002 751, numéro de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549. MSH est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

**Groupama Gan Vie,** Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 APE 6511 Z, Siège sociaL : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.
Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie. www.gan-eurocourtage.fr –

# Notice d'Information
# EXPAT +
# Assistance Simple
# Contrat n°FRBOPA70792

CHUBB®

# Sommaire


Titre I – Dispositions générales 3

A. Définitions 3

B. Champ d'application des garanties 7

C. Exclusions communes à toutes les garanties 7

D. Cessation des garanties 8

Titre II – Garanties 9

Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres 10

A. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes 10

B. Déchéance commune à toutes les garanties 10

Titre IV – Obligations de l'Adhérent 11

A. Déclaration du risque à la souscription du contrat 11

B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat 11

C. Paiement de la cotisation 11

Titre V – Résiliation du contrat 12

Titre VI – Dispositions diverses 13

A. Respect des sanctions économiques et commerciales 13

B. Expertise en cas de désaccord 13

C. Conciliation 13

D. Prescription 13

E. Subrogation 14

F. Assurances Cumulatives 14

G. Réclamation et Médiation 15

H. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré 15

I. Intérêts 15

Titre VII – Protection des données à caractère personnel 16

Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle 16

Tableau des montants de garanties «Expat+ Assistance Simple» 16

Contactez-nous 17

A propos de Chubb 17



Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances , au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09.

Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France

T +33 1 55 91 45 45
F +33 1 47 88 45 10
www.chubb.com/fr

# Conditions Génerales

**Le présent contrat est un contrat d'assurance collective de dommages à adhésion facultative souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE au bénéfice de ses membres adhérents. Il est régi tant par le Code des Assurances que par la présente Notice d'information et le Certificat d'adhésion qu'il comporte.**

## Titre I – Dispositions générales

### A. Définitions

**Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure. Sont notamment considérés comme Accidents :

- Les infections causées directement par un Accident garanti,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives,
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ou à la noyade,
- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation,
- Les lésions corporelles résultant d'un Acte de terrorisme ou de Sabotage, d'un Attentat ou d'une Agression dont l'Assuré serait victime.

**Accident du travail**

Conformément à l'Article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, est considéré comme Accident du Travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

**Acte de terrorisme ou de sabotage, attentat**

Toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- De mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui,
- D'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale,
- De désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

**Adhérent**

La personne physique ou morale qui adhère au Contrat, le signe et s'engage au paiement des Cotisations**. En cas d'Adhérent personne morale, celle-ci doit être fiscalement domiciliée dans un pays membre de l'Union européenne.**

**Pour le versement par l'Assureur de toute indemnité, l'Adhérent doit être titulaire d'un compte bancaire auprès d'un établissement bancaire dans un pays membre de l'Union européenne.**

**Année d'assurance**

La période comprise entre la Date d'effet ou la date de renouvellement du Contrat et sa date d'échéance ou la date de Cessation des garanties.

**Assureur**

**Chubb European Group SE**, entreprise régie par le Code des assurances , au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

**Assuré**

La ou les personnes assurées au titre du présent contrat mentionnées au Certificat d'adhésion résidant dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

**Condition médicale grave**

Une condition qui, selon l'avis de Redion, constitue une urgence médicale sérieuse nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement curatif hospitalier immédiats afin d'éviter le décès ou une détérioration grave des perspectives de santé immédiates ou à long terme de l'Assuré.

La gravité de la Condition médicale est déterminée en fonction du lieu géographique où se trouve l'Assuré, de la nature de l'urgence médicale et de la disponibilité au niveau local des installations ou soins médicaux adéquats.

**Certificat d'adhésion**

Il s'agit du document complétant les présentes Conditions Générales pour adapter le Contrat Expatriés au cas particulier de l'Adhérent. Elles précisent, notamment, le Champ d'application des garanties, la Date d'effet et la Cotisation qui lui est associée.

**Conjoint**

Par Conjoint, il faut entendre :

- La personne liée à l'Adhérent par les liens du mariage et non séparé judiciairement.
- Le concubin : il s'agit de la personne qui vit maritalement avec l'Adhérent, dans la même communauté d'intérêts qu'un couple marié et pouvant produire un certificat de concubinage ou de vie commune.
- Le cosignataire d'un Pacte civil de Solidarité avec l'Adhérent.

**Contrat**

Les Conditions Générales valant notice d'information et le Certificat d'adhésion en vertu desquels l'Assureur s'engage à verser une prestation à l'Assuré en cas de survenance d'un Sinistre garanti, et ce, en contrepartie du paiement de la Cotisation.

**Date d'effet**

Date à partir de laquelle les garanties du Contrat produisent leur effet.

**Déchéance**

Privation du droit aux sommes ou aux services prévus dans le Contrat par suite du non-respect par l'Assuré ou par l'Entreprise souscriptrice de certaines obligations qui lui sont imposées.

**Enfants à charge**

Les Enfants, y compris les enfants reconnus ou recueillis, sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- jusqu'à dix-sept (17) ans.
- S'ils ont plus de dix-sept (17) ans et moins de vingt-six (26) ans et qu'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité exigé). Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci doivent être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'Impôt sur le Revenu des Personnes physiques (I. R. P. P).
- S'ils font l'objet d'un handicap (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge).
- S'ils sont nés viables dans les trois cent (300) jours suivant la date de l'Accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

**Etablissement hospitalier**

Tout Etablissement hospitalier public ou privé qui répond aux exigences légales du pays dans lequel il est situé et qui :

- Reçoit et soigne les blessés ou les malades qui y séjournent,

- N'admet en séjour les blessés ou les malades que sous le contrôle du ou des médecins qui y sont attachés et qui doivent obligatoirement y assurer une permanence,
- Maintient en état de fonctionnement l'équipement médical adéquat pour diagnostiquer et traiter de tels blessés ou malades et, si cela est nécessaire, est en mesure de pratiquer des opérations chirurgicales dans son enceinte ou dans un établissement sous son contrôle,
- Dispense les soins par ou sous le contrôle d'un personnel infirmier.

**Evénement générateur/Fait dommageable**

Toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un Sinistre. Un ensemble de Faits dommageables ayant la même cause et la même origine est assimilé à un Evénement unique.

**Exclusion**

Ce qui n'est pas garanti par le Contrat d'assurance.

**Expatrié / Détaché**

Toute personne qui travaille à l'étranger pour le compte d'une entreprise de son Pays d'origine ou de son Pays de résidence ou pour son propre compte, et dont le Pays de Détachement ou d'Expatriation se trouve dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

**France métropolitaine**

Il s'agit de toutes les parties européennes de la République française incluant son territoire continental, les îles proches de l'Océan Atlantique, de la Manche et de la mer Méditerranée, y compris la Corse.

**Franchise**

Il s'agit soit :

- D'une somme fixée forfaitairement par l'Assureur et restant à la charge de l'Adhérent ou de l'Assuré en cas d'indemnisation,
- D'un pourcentage au-delà duquel les indemnités sont accordées,
- D'un nombre de jours ou de mois à l'expiration desquels les indemnités sont accordées.

**Guerre Civile**

La guerre civile est la situation qui existe lorsqu'au sein d'un Etat, une lutte armée oppose les forces armées d'un Etat à des groupes armés identifiables ou des groupes armés entre eux dans des combats dont l'importance et l'extension dépasse la simple révolte ou l'insurrection.

**Guerre Etrangère**

Par Guerre Etrangère, il faut entendre un état de lutte armée entre deux ou plusieurs Etats avec ou sans déclaration de guerre.

**Maladie**

Toute altération de santé soudaine et imprévisible, constatée par une autorité médicale qualifiée, et n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

**Membre de la famille**

- Le Conjoint.
- Les Enfants à charge.

**Parent proche**

Sont considérés comme Parent proche de l'Assuré : le Conjoint, un ascendant ou un descendant de premier degré, une sœur, un frère, une belle-mère, un beau-père, une belle-fille, un gendre, une belle-sœur, un beau-frère.

**Pays de nationalité**

Par pays de nationalité, on entend tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet.

**Pays d'origine**

Par pays d'origine, on entend le pays dans lequel l'Assuré avait sa résidence principale avant l'expatriation et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

**Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation**

Le pays de domicile de l'Assuré, autre que son Pays de nationalité ou son Pays d'origine, pendant sa période d'expatriation.

**Pays étrangers**

Tout pays, territoire ou possession en dehors de la France métropolitaine. Par convention, les DOM-ROM (départements d'outre-mer et régions d'outre-mer), PTOM (pays et territoires d'outre-mer) et COM (collectivités d'outre-mer) sont assimilés à l'Etranger en ce qui concerne la garantie Frais médicaux.

**Prime ou cotisation**

Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

**Réclamation**

Constitue une Réclamation, toute demande en réparation amiable ou contentieuse, formée par un Tiers ou ses ayants droit, et adressée à l'Assuré ou à son Assureur.

**Redion**

Désigne l'entité en charge de la mise en œuvre des prestations d'assistance.

**Sinistre**

Evénement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites.

Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des Dommages provenant d'une même cause génératrice.

**Souscripteur du contrat groupe**

L'Association of Service For Expatriates (ASFE), association régie par la loi du 1er juillet 1901, créée le 30 avril 1992 pour une durée illimitée

**Tiers**

Toute personne physique ou morale à l'Exclusion de :

- L'Assuré lui-même, ses Parents proches ainsi que les personnes qui l'accompagnent.
- Les Préposés, salariés ou non de l'Entreprise souscriptrice, dans l'exercice de leurs fonctions.

**USA / Canada**

Les Etats-Unis d'Amérique et le Canada, y compris dans leurs territoires ou possessions.

**Zones éloignées**

Zones extérieures à la civilisation, isolées et où il n'est pas possible d'effectuer des recherches, des sauvetages et des récupérations rapides.
Ce qui suit s'applique :

• La civilisation est un lieu habité en permanence où l'on a la possibilité de se nourrir, de passer la nuit dans une structure habitée en permanence, de bénéficier de télécommunications et de soins médicaux.

• L'isolement signifie une distance d'au moins une journée de marche complète entre la zone et le lieu habité le plus proche.

• Une recherche, un sauvetage et une récupération rapide doivent être lancés par des personnes extérieures dans les 12 heures suivant l'alerte.

## B. Champ d'application des garanties

Les garanties du présent Contrat s'appliquent dans le Monde entier et ce, strictement et exclusivement durant toute la période d'expatriation ou de détachement de l'Assuré.

Les garanties prennent effet au moment où l'Assuré quitte son Domicile situé dans son Pays d'origine pour se rendre dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation et cessent dès le retour définitif dans son Pays d'origine ou de nationalité.

Elles sont acquises **Vingt-Quatre heures sur Vingt-Quatre (24h/24)**, en Vie Privée comme en Vie Professionnelle, pendant toute cette durée.

## C. Exclusions communes à toutes les garanties

**L'Assureur ne fournira aucune garantie ou prestations et ne s'engagera à aucun règlement qui ne respecterait pas les obligations décrites dans la section « Respect des sanctions économiques et commerciales » de la présente Notice d'Information.**

**L'ensemble des garanties ou prestation décrites dans la présente Notice d'Information ne s'appliquent pas aux pays et territoires suivants : Cuba, Iran, Syrie, Corée du Nord, Soudan du Nord, Venezuela, Crimée, la Région du Donbass y compris Louhansk et Donetsk.**

**Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes de garanties ou prestations sont consécutives à un Sinistre :**

- **Causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré ;**
- **Du à la conduite de tout type de véhicule en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'Accident ;**
- **Du à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ou du à la conduite de tout type de véhicule, lorsque l'Assuré est sous l'emprise de ces drogues, stupéfiants ou tranquillisants prescrits médicalement alors que la notice médicale interdit la conduite de tout type de véhicule ;**
- **Causé par le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;**
- **Résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété ;**
- **Résultant d'un état de grossesse et de l'accouchement sauf en cas de complication imprévisible qui pourrait mettre en danger la vie de la mère et/ou de l'enfant à naître, du traitement de la stérilité de la grossesse ainsi que de l'interruption de grossesse ;**
- **Résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des délits et crimes au sens du droit pénal applicable.**
- **Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou à des sports réputés dangereux tels que le saut à ski, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, les sports extrêmes et les tentatives de records ;**
- **Résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou résultant de la pratique, en tant que pilote ou passager, de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;**
- **Résultant de voyages aériens dont l'objectif du vol est la participation à une activité de construction, la photographie, la publicité aérienne, les vols liés au tournage ou à la production d'émissions télévisées ou de cinéma, des vols à destination de plates-formes offshore, les vols en aéroclubs.**
- **Que l'Assuré peut subir en tant que passager d'une Entreprise de transport aérien dont le pilote ne possède pas les certificats, licences ou autorisations nécessaires.**

- **Du aux effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes ;**
- **Résultant d'une Agression, d'un Acte de terrorisme, de Sabotage ou d'un Attentat dont l'Assuré serait victime, s'il est prouvé qu'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements ;**
- **Provoqué par la Guerre Etrangère ou Guerre Civile. Les assurés qui seraient surpris par la survenance de tels événements, dans le Pays de leur Détachement ou d'Expatriation, sont tenus de quitter le lieu des hostilités dès que possible. Les garanties leur restent acquises jusqu'à leur retour dans leur Pays d'origine ou de nationalité et pendant un maximum de quatorze (14) jours à compter du jour de survenance des hostilités. L'Assuré qui se rend dans un Pays de Détachement ou d'Expatriation où des tensions sont déjà constatées ne bénéficie pas de cette dérogation.**

## D. Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- A la date de résiliation du contrat d'assurance groupe souscrit par ASFE auprès de Chubb European Group SE ,
- A la date à laquelle l'Assuré cesse de faire partie du groupe assuré,
- Les garanties cessent soixante (60) jours après le retour définitif de l'Assuré dans son pays d'origine ou de nationalité.

# Titre II – Garanties

## 1. Assistance aux Personnes

**La mise en œuvre des prestations d'assistance est confiée à Redion**

**Les services de Redion, disponibles vingt-quatre heure sur vingt-quatre (24/24h), doivent être impérativement contactés préalablement à l'organisation de toute assistance.**

**Dans tous les cas, il faut indiquer à Redion : le nom et le prénom de l'Assuré, la nature de l'affection ou de l'accident, le numéro de téléphone où l'Assuré peut être joint, l'adresse exacte dans le pays d'expatriation ainsi que le numéro du Contrat Chubb.**

### 1.1. Transport médical d'urgence

**Redion se réserve le droit absolu de décider si les Conditions médicales de l'Assuré sont suffisamment graves pour justifier le transport médical d'urgence.**

Sur avis de ses autorités médicales, Redion organise, met en œuvre et prend en charge le transport de l'Assuré vers le centre médical ou l'Etablissement hospitalier le plus proche où les soins médicaux adéquats sont accessibles.

Redion se réserve, en outre, le droit de décider du lieu où l'Assuré va être transporté et des moyens ou méthodes pour ce faire, compte-tenu de tous les faits et circonstances existants, connus par Redion au moment de l'Evénement.

Ce transport médical d'urgence se fait soit par avion sanitaire spécial, soit par avion de lignes régulières, soit par train, soit par bateau, soit par ambulance.

Redion se réserve le droit d'utiliser les titres de transport initialement prévus pour le retour de l'Assuré.

Seules les autorités médicales de Redion sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation. Les réservations sont faites par Redion.

### 1.2. Rapatriement vers le Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré

Lorsque l'Assuré est en état de quitter l'Etablissement hospitalier, Redion organise et prend en charge le rapatriement de l'Assuré soit vers son domicile dans son Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation.

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Redion.

### 1.3. Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès d'un Assuré, Redion prend en charge et organise le transport du corps de l'Assuré jusqu'à son domicile dans son Pays d'origine ou de nationalité. La prise en charge du cercueil est limitée à **Deux Mille (2.000 €) Euros**. Ce service s'appliquera également au transport du corps ayant été temporairement enseveli conformément aux pratiques et aux exigences locales, afin d'être de nouveau enseveli ou incinéré dans le Pays d'origine ou de nationalité.

Les frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie, sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale, ne sont pas pris en charge par Redion.

### 1.4. Reconnaissance de corps et formalités décès

Si à la suite du décès d'un Assuré non accompagné, il s'avère que la présence d'un membre de sa Famille est nécessaire pour reconnaître le corps et/ou participer aux formalités de rapatriement ou d'incinération, Redion met à disposition de Deux (2) membres de la Famille un billet d'avion (classe économique) ou de train, aller-retour, pour chacun leur permettre de se rendre sur le lieu où se trouve le défunt.

Redion prend en charge les frais de séjour plafonnés à un montant maximum de Cents Cinquante Euros (150€) par personne et par jour sur une période maximum de Deux (2) jours.

### 1.5. Accompagnement du défunt

Redion met à disposition d'un (1) membre de la Famille assuré un billet d'avion (classe économique) ou de train, aller-retour, pour lui permettre d'accompagner le corps du défunt jusqu'au lieu des obsèques.

**Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, Redion ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :**

- **Ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;**

- **Ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;**
- **N'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'Evénement tels que Emeute, Guerre Civile, Guerre Etrangère, Mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;**
- **N'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne en tant que détaché ou expatrié ;**
- **Les Evénements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;**
- **Les conséquences des maladies préexistantes au départ de l'Assuré en détachement ou en expatriation ;**

# Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres

## A. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes

Pour que les prestations d'assistance soient mises en œuvre, l'Assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat prendre contact avec **Redion** en précisant le numéro du Contrat Chubb FRBOPA70792, son propre nom et prénom :

**Redion**
**Téléphone : +33 1 41 85 90 15**

**Mail : msh@ea-gcs.com**

## B. Déchéance commune à toutes les garanties

- **Aucune indemnité n'est due pour tout Sinistre déclaré à l'Assureur, plus de cinq (5) jours ouvrés après sa survenance, lorsque ce retard cause un préjudice quelconque à l'Assureur ;**
- **L'Adhérent ou l'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le Sinistre en cause ;**
- **Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. L'Assuré perd tout droit à garantie en cas de non-respect de cet engagement de limiter l'étendue du Sinistre ;**
- **Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de la garantie.**

# Titre IV – Obligations de l'Adhérent

## A. Déclaration du risque à la souscription du contrat

L'Adhérent doit déclarer exactement tous les éléments qu'il connaît et qui peuvent permettre à l'Assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge et qui sont spécifiés aux Conditions particulières du Contrat.

## B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer à l'Assureur toute aggravation des éléments d'appréciation du risque pris en charge par l'Assureur.

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque telle que si le nouvel état de fait avait existé lors de la souscription du Contrat, l'Assureur ne se serait pas engagé ou ne l'aurait fait que moyennant une Cotisation plus élevée, l'Assureur peut proposer une nouvelle Cotisation.

Si l'Adhérent refuse cette nouvelle Cotisation, l'Assureur peut résilier le Contrat moyennant un préavis de dix (10) jours.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le Sinistre, dans les conditions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances :**

- **En cas de mauvaise foi, par la nullité du Contrat ;**
- **Si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.**

**En cas de non-respect des obligations relevant de la Déclaration du Risque à la Souscription du Contrat et de la Déclaration des Modifications apportées au Risque en cours de Contrat, l'Adhérent peut se voir opposer la Déchéance.**

## C. Paiement de la cotisation

La Cotisation annuelle ou, dans le cas de paiement fractionné, les fractions de Cotisations et les frais de dossier dont le montant est stipulé aux Certificat d'adhésion ainsi que les taxes, sont payables d'avance aux dates convenues.

A défaut de paiement d'une Cotisation, ou d'une fraction de Cotisation, dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du Contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure de l'Adhérent.

Si la Cotisation annuelle est payable en plusieurs fractions, le non-paiement d'une fraction de Cotisation à l'échéance fixée entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de Cotisation restant dues au titre de l'Année d'assurance en cours.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné au deuxième alinéa du présent paragraphe.

Le Contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la Cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la Cotisation annuelle, les fractions de Cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

# Titre V – Résiliation du contrat

Le Contrat peut être résilié :

1. **Par l'Adhérent**
   L'Adhérent peut résilier le Contrat à tout moment un an après avoir souscrit son contrat moyennant un préavis de un (1) mois.

   Et, par application de l'Article L. 113-4 du Code des Assurances :

   En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans le Contrat si l'Assureur refuse de réduire la Cotisation d'assurance en conséquence dans un délai de dix (10) jours à compter de la réclamation faite par l'Adhérent par lettre recommandée.

   La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

   En cas de majoration tarifaire, l'Adhérent peut résilier son Contrat dans les quinze (15) jours qui suivent la date où elle a eu connaissance de cette majoration.

   La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

2. **Par l'Assureur**
   L'Assureur peuvent résilier le Contrat chaque année, à la date d'échéance annuelle, moyennant un préavis de deux (2) mois au moins.

   En cas de non-paiement des Cotisations dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-3 du Code des assurances).

   En cas d'aggravation du risque si l'Adhérent n'accepte pas le nouveau taux de Cotisation proposé par l'Assureur dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-4 du Code des Assurances).

   En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de Contrat (Article L. 113-9 du Code des assurances).

3. **De plein droit**
   En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur, dans les conditions de l'Article L. 326-12 du Code des assurances.

4. **Formalités de résiliation**
   La résiliation du Contrat, par l'une ou l'autre des parties, doit être notifiée au minimum deux (2) mois avant la date d'échéance.

   La résiliation par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée.

   Lorsque l'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat, elle peut le faire à son choix, soit par une lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur.

   En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation (à l'exception du cas de non-paiement des Cotisations) se décompte par rapport à la date figurant sur le cachet de la poste.

   Dans le cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de Cotisation d'assurance pour la période restante est remboursée à l'Adhérent si elle a été perçue d'avance. Toutefois, cette portion de Cotisation est conservée par l'Assureur si le Contrat a été résilié pour non-paiement de Cotisation.

   La résiliation ou le non-renouvellement du Contrat est sans effet sur le versement des prestations acquises ou nées durant sa période.

# Titre VI – Dispositions diverses

## A. Respect des sanctions économiques et commerciales

**Lorsque la garantie ou le paiement de l'indemnité ou du sinistre prévus par cette police enfreint les résolutions des Nations Unies ou les sanctions, lois ou règlements économiques et commerciaux de l'Union européenne, du Royaume-Uni, de la France ou des États-Unis d'Amérique, une telle garantie ou un tel paiement d'indemnité ou de sinistre sont nuls et non avenus.**

## B. Expertise en cas de désaccord

En cas de contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin afin d'organiser une expertise contradictoire.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement. Ce dernier tiendra lieu d'arbitrage.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du Domicile de l'Assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

## C. Conciliation

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties contractantes s'engagent, en cas de différend, à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

A cet effet, elles désigneront chacune un conciliateur. En cas de désaccord entre les deux conciliateurs sur la solution du différend, ceux-ci choisissent d'un commun accord un troisième conciliateur et statuent à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires du conciliateur qu'elle a désigné, et, le cas échéant, la moitié des honoraires du troisième conciliateur.

## D. Prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 et L.114-3 du Code des assurances.

**L'article L 114-1 du Code des assurances dispose que :**

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance.
2. En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions de l'alinéa 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.»

**L'article L. 114-2 du Code des Assurances dispose que :**

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

**L'article L 114-3 du Code des assurances :**

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.**

**Article 2240 du Code civil :**

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

**Article 2241 du Code civil :**

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

**Article 2242 du Code civil :**

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

**Article 2243 du Code civil :**

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

**Article 2244 du Code civil :**

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

**Article 2245 du Code civil :**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

**Article 2246 du Code civil :**

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

## E. Subrogation

A concurrence des indemnités réglées, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L. 121-12 du Code des Assurances dans les droits et actions de l'Assuré ou ses ayants droit contre tout responsable du Sinistre. De même, lorsque des garanties de la présente Notice d'Information sont couvertes, totalement ou partiellement, par un autre contrat d'assurance ou un organisme d'assurance Maladie, la Sécurité Sociale ou toute autre institution, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré ou de son Représentant Légal à l'encontre des organismes et Assureurs susvisés.

## F. Assurances Cumulatives

Si, au moment d'un incident qui donne lieu à un Sinistre en vertu de la présente Notice d'Information, il existe une quelconque autre assurance couvrant les mêmes Pertes, dommages, frais ou responsabilité, Vous devez Nous le déclarer (conformément à l'article L121-4 du Code des assurances) et Nous ne paierons que Notre part de façon proportionnelle. La présente condition ne s'applique pas à la Section « Accident en cours de Transport » de la présente Notice d'Information.

## G. Réclamation et Médiation

Nous nous engageons à fournir un service de haute qualité et souhaitons le maintenir à tout moment. Si vous n'êtes pas satisfait de ce service, veuillez nous contacter, en citant les détails de votre police, afin que nous puissions traiter votre réclamation dans les meilleurs délais.

***Réclamation***

**Chubb European Group SE**

**Téléphone : +33 1 55 91 48 69**

**Mail : reclamationclient@chubb.com**

Conformément à la Recommandation 2024-R-02 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en cas de réclamation, nous nous engageons à accuser réception de votre demande au plus tard dans les **Dix (10) Jours** ouvrés qui suivent l'envoi de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les **Deux (2) Mois**.

***Médiation et voie judiciaire***

Sans préjudice des recours judiciaires dont dispose l'Assuré, celui-ci peut en tout état de cause saisir le Médiateur de l'Assurance dans les deux mois suivants l'envoi de sa première réclamation, à l'adresse suivante :

**www.mediation-assurance.org**

**La Médiation de I 'Assurance**

**TSA 50110**

**75441 Paris Cedex 09**

## H. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré

Toute modification des conditions générales de la présente Notice d'Information, ou toute résiliation du Contrat d'assurance collective souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE par l'intermédiaire de MSH International au bénéfice de ses membres Adhérents, fera l'objet d'une information à destination des Adhérents dont MSH International est seul responsable.

## I. Intérêts

Aucune somme que **l'Assureur** est tenu de payer en vertu de la présente Notice d'Information ne portera intérêt, sauf si **l'Assureur** a indument retardé un paiement après réception de l'ensemble des certificats, informations et éléments de preuve nécessaires pour justifier le Sinistre. Lorsque **l'Assureur** est tenu de payer des intérêts, ceux-ci ne seront calculés qu'à partir de la date de réception définitive des certificats, informations ou éléments de preuve en question.

# Titre VII – Protection des données à caractère personnel

L'Assureur utilise les données personnelles que l'Adhérent met à sa disposition ou, le cas échéant, à la disposition du courtier en assurance de l'Adhérent pour la souscription et la gestion de cette Police d'assurance, y compris en cas de sinistre afférent à celle-ci.

Ces données comprennent des informations de base telles que les nom et prénom des Assurés, leur adresse et leur numéro de police, mais peuvent aussi comprendre des données comme par exemple, leur âge, leur état de santé, leur situation patrimoniale ou l'historique de leurs sinistres, si celles-ci sont pertinentes au regard du risque assuré, des prestations fournies par l'Assureur ou des sinistres déclarés par l'Adhérent ou les Assurés.

L'Assureur appartenant à un groupe mondial de sociétés, les données personnelles des Assurés pourront être partagées avec d'autres sociétés de son groupe, situées dans des pays étrangers, dès lors que ce partage est nécessaire à la gestion ou l'exécution de la police d'assurance, ou à la conservation des données des Assurés. L'Assureur utilise également des prestataires et gestionnaires, qui peuvent avoir accès aux données personnelles des Assurés, conformément aux instructions et sous le contrôle de l'Assureur.

Les Assurés bénéficient de droits relatifs à leurs données personnelles, notamment des droits d'accès ainsi que, le cas échéant, d'un droit à l'effacement de leurs données.

Cette clause est une version courte du traitement des données personnelles de l'Assuré effectué par l'Assureur. Pour plus d'informations, les Assurés et l'Adhérent ont la possibilité de se reporter à la Politique de Confidentialité, accessible via le lien suivant: https://www2.chubb.com/fr-fr/footer/politique-de-confidentialite-en-ligne.aspx . Les Assurés et l'Adhérent peuvent également demander à l'Assureur un exemplaire papier de la Politique de Confidentialité, à tout moment, en soumettant leur demande par email à l'adresse suivante : dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

# Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle

Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09.

Le Contrat est soumis à la loi française et est régi par les dispositions du Code des assurances.

# Tableau des montants de garanties «Expat+ Assistance Simple»

| Nature des garanties | Montant maximum de garantie | Territorialité / Franchise |
|---|---|---|
| **Assistance aux personnes** | | |
| • Transport médical d'urgence | Frais réels | Monde entier |
| • Rapatriement vers le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré | Frais réels | |
| • Rapatriement du corps en cas de décès<br>Frais de cercueil ou d'urne | Frais réels<br>A concurrence de **2 000 €** | Le rapatriement est organisé vers le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation ou vers le Pays d'Origine ou de nationalité |
| • Reconnaissance de corps et formalités décès | Billet aller-retour en avion ou train pour 2 membres de la famille et prise en charge des frais de séjour, à concurrence de 150€ par jour et par personne sur une période maximum de 2 jours | |
| • Accompagnement du corps défunt ou de l'urne | Billet aller-retour en avion ou train pour 1 membre de la famille | |

## Contactez-nous

Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France
www.chubb.com/fr

## A propos de Chubb

Chubb est la société d'assurance IARD cotée en bourse la plus importante au monde. Présente dans 54 pays, Chubb protège les risques des entreprises de toutes tailles, des groupes multinationaux aux moyennes et petites entreprises. Elle couvre également les biens importants de particuliers fortunés. Elle propose des produits de prévoyance et de protection de budget pour les particuliers et offre aux employeurs et groupements des solutions d'assurance individuelle accident et des couvertures pour les risques de mobilité. Enfin, elle met en place des solutions de réassurance.

En tant que compagnie de souscription, Chubb évalue, couvre et gère les risques avec connaissance et discipline. Elle indemnise les sinistres de manière juste et rapide. Chubb se caractérise par l'étendue de son offre de produits et de ses prestations de services, l'ampleur de son réseau de distribution, son exceptionnelle solidité financière, son expertise en matière de souscription, l'excellente qualité de sa gestion de sinistres et de ses activités dans les divers pays du monde.

La société mère Chubb Limited est cotée à la bourse de New York (NYSE : CB) et est intégrée à l'indice S&P 500. Chubb dispose de bureaux de direction à Zurich, New York, Londres, Paris et d'autres villes et emploie environ 31 000 personnes de par le monde.

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur : chubb.com/fr

Chubb. Insured.℠

# Notice d'Information
# EXPAT +
# Assistance Complète
# Garanties Assistance et RC
# Contrat n°FRBOPA70793

CHUBB®

# Sommaire


Titre I – Dispositions générales 3

A. Définitions 3

B. Champ d'application et prise d'effet des garanties 7

C. Exclusions communes à toutes les garanties 7

D. Cessation des garanties 8

Titre II – Garanties 9

Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres 16

A. Demande d'indemnisation assurance (Responsabilité civile vie privée) 16

B. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes 16

C. Déchéance commune à toutes les garanties 16

D. Documents à fournir 17

Titre IV – Obligations de l'Adhérent 18

A. Déclaration du risque à la souscription du contrat 18

B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat 18

C. Paiement de la cotisation 18

Titre V – Résiliation du contrat 19

Titre VI – Dispositions diverses 20

A. Respect des sanctions économiques et commerciales 20

B. Expertise en cas de désaccord 20

C. Direction du procès 20

D. Transaction 20

E. Conciliation 20

F. Prescription 21

G. Subrogation 22

H. Assurances Cumulatives 22

I. Réclamation et Médiation 22

J. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré 22

K. Intérêts 23

Titre VII – Protection des données à caractère personnel 23

Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle 23

Tableau des montants de garanties «Expat+ » Assistance Complète 24

Contactez-nous / A propos de Chubb 26

Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France

T +33 1 55 91 45 45
F +33 1 47 88 45 10
www.chubb.com/fr

# Conditions Génerales

**Le présent contrat est un contrat d'assurance collective de dommages à adhésion facultative souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE au bénéfice de ses membres adhérents. Il est régi tant par le Code des Assurances que par la présente Notice d'information et le Certificat d'adhésion qu'il comporte.**

## Titre I – Dispositions générales

### A. Définitions

**Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure. Sont notamment considérés comme Accidents :

- Les infections causées directement par un Accident garanti,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives,
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ou à la noyade,
- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation,
- Les lésions corporelles résultant d'un Acte de terrorisme ou de Sabotage, d'un Attentat ou d'une Agression dont l'Assuré serait victime.

**Accident du travail**

Conformément à l'Article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, est considéré comme Accident du Travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

**Acte de terrorisme ou de sabotage, attentat**

Toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- De mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui,
- D'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale,
- De désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

**Adhérent**

La personne physique ou morale qui adhère au Contrat, le signe et s'engage au paiement des Cotisations**. En cas d'Adhérent personne morale, celle-ci doit être fiscalement domiciliée dans un pays membre de l'Union européenne.**

**Pour le versement par l'Assureur de toute indemnité, l'Adhérent doit être titulaire d'un compte bancaire auprès d'un établissement bancaire dans un pays membre de l'Union européenne.**

**Année d'assurance**

La période comprise entre la Date d'effet ou la date de renouvellement du Contrat et sa date d'échéance ou la date de Cessation des garanties.

**Assureur**

**Chubb European Group SE**, entreprise régie par le Code des assurances , au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

**Assuré**

La ou les personnes assurées au titre du présent contrat mentionnées au Certificat d'adhésion résidant dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

**Condition médicale grave**

Une condition qui, selon l'avis de Redion, constitue une urgence médicale sérieuse nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement curatif hospitalier immédiats afin d'éviter le décès ou une détérioration grave des perspectives de santé immédiates ou à long terme de l'Assuré.

La gravité de la Condition médicale est déterminée en fonction du lieu géographique où se trouve l'Assuré, de la nature de l'urgence médicale et de la disponibilité au niveau local des installations ou soins médicaux adéquats.

**Certificat d'adhésion**

Il s'agit du document complétant les présentes Conditions Générales pour adapter le Contrat Expatriés au cas particulier de l'Adhérent. Elles précisent, notamment, le Champ d'application des garanties, la Date d'effet et la Cotisation qui lui est associée.

**Conjoint**

Par Conjoint, il faut entendre :

- La personne liée à l'Adhérent par les liens du mariage et non séparé judiciairement.
- Le concubin : il s'agit de la personne qui vit maritalement avec l'Adhérent, dans la même communauté d'intérêts qu'un couple marié et pouvant produire un certificat de concubinage ou de vie commune.
- Le cosignataire d'un Pacte civil de Solidarité avec l'Adhérent.

**Contrat**

Les Conditions Générales valant notice d'information et le Certificat d'adhésion en vertu desquels l'Assureur s'engage à verser une prestation à l'Assuré en cas de survenance d'un Sinistre garanti, et ce, en contrepartie du paiement de la Cotisation.

**Date d'effet**

Date à partir de laquelle les garanties du Contrat produisent leur effet.

**Déchéance**

Privation du droit aux sommes ou aux services prévus dans le Contrat par suite du non-respect par l'Assuré ou par l'Entreprise souscriptrice de certaines obligations qui lui sont imposées.

**Dommage corporel**

Toute atteinte physique subie par un Assuré victime d'un Accident, d'une Agression, d'un Attentat, d'un Acte de terrorisme ou de Sabotage.

**Dommage immatériel consécutif**

Tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble ou de la perte d'un bénéfice et directement consécutif à un Dommage corporel ou matériel garanti.

**Dommage matériel**

Toute altération, détérioration, perte et destruction d'une chose ou d'une substance y compris toute atteinte physique à des animaux.

**Enfants à charge**

Les Enfants, y compris les enfants reconnus ou recueillis, sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- jusqu'à dix-sept (17) ans.

- S'ils ont plus de dix-sept (17) ans et moins de vingt-six (26) ans et qu'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité exigé). Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci doivent être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'Impôt sur le Revenu des Personnes physiques (I. R. P. P).
- S'ils font l'objet d'un handicap (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge).
- S'ils sont nés viables dans les trois cent (300) jours suivant la date de l'Accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

**Engin de déplacement personnel**

Tout Engin de déplacement personnel motorisé ou tout Engin de déplacement personnel non motorisé.

**Engin de déplacement personnel motorisé**

Tout véhicule sans place assise, conçu et construit pour le déplacement d'une seule personne et dépourvu de tout aménagement destiné au transport de marchandises, équipé d'un moteur non thermique ou d'une assistance non thermique et dont la vitesse maximale par construction est supérieure à 6 km/h et ne dépasse pas 25 km/h. Au sens du présent Contrat, Engin de déplacement personnel motorisé comprend également tous gyropodes, trottinettes électriques, gyroroues, hoverboards et tout autre bolide électrique et individuel.

**Engin de déplacement personnel non motorisé**
Tout véhicule de petite dimension sans moteur.

**Etablissement hospitalier**

Tout Etablissement hospitalier public ou privé qui répond aux exigences légales du pays dans lequel il est situé et qui :

- Reçoit et soigne les blessés ou les malades qui y séjournent,
- N'admet en séjour les blessés ou les malades que sous le contrôle du ou des médecins qui y sont attachés et qui doivent obligatoirement y assurer une permanence,
- Maintient en état de fonctionnement l'équipement médical adéquat pour diagnostiquer et traiter de tels blessés ou malades et, si cela est nécessaire, est en mesure de pratiquer des opérations chirurgicales dans son enceinte ou dans un établissement sous son contrôle,
- Dispense les soins par ou sous le contrôle d'un personnel infirmier.

**Evénement générateur/Fait dommageable**

Toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un Sinistre. Un ensemble de Faits dommageables ayant la même cause et la même origine est assimilé à un Evénement unique.

**Exclusion**

Ce qui n'est pas garanti par le Contrat d'assurance.

**Expatrié / Détaché**

Toute personne qui travaille à l'étranger pour le compte d'une entreprise de son Pays d'origine ou de son Pays de nationalité ou pour son propre compte, et dont le Pays de Détachement ou d'Expatriation se trouve dans un pays autre que son Pays d'origine ou son Pays de nationalité.

**France métropolitaine**

Il s'agit de toutes les parties européennes de la République française incluant son territoire continental, les îles proches de l'Océan Atlantique, de la Manche et de la mer Méditerranée, y compris la Corse.

**Franchise**

Il s'agit soit :

- D'une somme fixée forfaitairement par l'Assureur et restant à la charge de l'Adhérent ou de l'Assuré en cas d'indemnisation,
- D'un pourcentage au-delà duquel les indemnités sont accordées,
- D'un nombre de jours ou de mois à l'expiration desquels les indemnités sont accordées.

**Guerre Civile**

La guerre civile est la situation qui existe lorsqu'au sein d'un Etat, une lutte armée oppose les forces armées d'un Etat à des groupes armés identifiables ou des groupes armés entre eux dans des combats dont l'importance et l'extension dépasse la simple révolte ou l'insurrection.

**Guerre Etrangère**

Par Guerre Etrangère, il faut entendre un état de lutte armée entre deux ou plusieurs Etats avec ou sans déclaration de guerre.

**Maladie**

Toute altération de santé soudaine et imprévisible, constatée par une autorité médicale qualifiée, et n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

**Membre de la famille**

- Le Conjoint.
- Les Enfants à charge.

**Parent proche**

Sont considérés comme Parent proche de l'Assuré : le Conjoint, un ascendant ou un descendant de premier degré, une sœur, un frère, une belle-mère, un beau-père, une belle-fille, un gendre, une belle-sœur, un beau-frère.

**Pays de nationalité**

Par pays de nationalité, on entend tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet.

**Pays d'origine**

Par pays d'origine, on entend le pays dans lequel l'Assuré avait sa résidence principale avant l'expatriation et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

**Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation**

Le pays de domicile de l'Assuré, autre que son Pays de nationalité ou son Pays d'origine, pendant sa période d'expatriation.

**Pays étrangers**

Tout pays, territoire ou possession en dehors de la France métropolitaine. Par convention, les DOM-ROM (départements d'outre-mer et régions d'outre-mer), PTOM (pays et territoires d'outre-mer) et COM (collectivités d'outre-mer) sont assimilés à l'Etranger en ce qui concerne la garantie Frais médicaux.

**Pollution**

- L'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse, diffusée par l'atmosphère, le sol, le sous-sol ou les eaux,
- La production d'odeurs, bruits, vibrations, variations de température, ondes, radiations, rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires du voisinage.

**Prime ou cotisation**

Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

**Redion**

Désigne l'entité en charge de la mise en œuvre des prestations d'assistance.

**Réclamation**

Constitue une Réclamation, toute demande en réparation amiable ou contentieuse, formée par un Tiers ou ses ayants droit, et adressée à l'Assuré ou à son Assureur.

**Sinistre**

Evénement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites.

- **Pour la garantie Responsabilité Civile « vie privée » hors Pays de domicile :**

La manifestation du Dommage pour le Tiers lésé dès lors que ce Dommage est susceptible d'entraîner l'application d'une garantie du Contrat.

Constitue également un Sinistre, tout Dommage ou ensemble de Dommages causés à des Tiers engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un Fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

- **Pour les autres garanties**

C'est un Evénement dont la réalisation répond aux conditions requises au Contrat et susceptible d'entraîner l'application d'une des garanties souscrites.

Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des Dommages provenant d'une même cause génératrice.

**Souscripteur du contrat groupe**

L'Association of Service For Expatriates (ASFE), association régie par la loi du 1er juillet 1901, créée le 30 avril 1992 pour une durée illimitée

**Tiers**

Toute personne physique ou morale à l'Exclusion de :

- L'Assuré lui-même, ses Parents proches ainsi que les personnes qui l'accompagnent.
- Les Préposés, salariés ou non de l'Entreprise souscriptrice, dans l'exercice de leurs fonctions.

**USA / Canada**

Les Etats-Unis d'Amérique et le Canada, y compris dans leurs territoires ou possessions.

**Zones éloignées**

Zones extérieures à la civilisation, isolées et où il n'est pas possible d'effectuer des recherches, des sauvetages et des récupérations rapides.
Ce qui suit s'applique :

• La civilisation est un lieu habité en permanence où l'on a la possibilité de se nourrir, de passer la nuit dans une structure habitée en permanence, de bénéficier de télécommunications et de soins médicaux.

• L'isolement signifie une distance d'au moins une journée de marche complète entre la zone et le lieu habité le plus proche.

• Une recherche, un sauvetage et une récupération rapide doivent être lancés par des personnes extérieures dans les 12 heures suivant l'alerte.

## B. Champ d'application et prise d'effet des garanties

Les garanties du présent Contrat s'appliquent dans le Monde entier et ce, strictement et exclusivement durant toute la période d'expatriation ou de détachement de l'Assuré.

Les garanties prennent effet au moment où l'Assuré quitte son domicile situé dans son Pays d'origine pour se rendre dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation et cessent dès le retour définitif dans son Pays d'origine ou de nationalité.

Elles sont acquises **Vingt-Quatre heures sur Vingt-Quatre (24h/24)**, en Vie Privée comme en Vie Professionnelle, pendant toute cette durée.

## C. Exclusions communes à toutes les garanties

**L'Assureur ne fournira aucune garantie ou prestations et ne s'engagera à aucun règlement qui ne respecterait pas les obligations décrites dans la section « Respect des sanctions économiques et commerciales » de la présente Notice d'Information.**

**L'ensemble des garanties ou prestation décrites dans la présente Notice d'Information ne s'appliquent pas aux pays et territoires suivants : Cuba, Iran, Syrie, Corée du Nord, Soudan du Nord, Venezuela, Crimée, la Région du Donbass y compris Louhansk et Donetsk.**

**Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes de garanties ou prestations sont consécutives à un Sinistre :**

- **Causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré ;**
- **Du à la conduite de tout type de véhicule en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'Accident ;**
- **Du à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ou du à la conduite de tout type de véhicule, lorsque l'Assuré est sous l'emprise de ces drogues, stupéfiants ou tranquillisants prescrits médicalement alors que la notice médicale interdit la conduite de tout type de véhicule ;**
- **Causé par le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;**
- **Résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété ;**
- **Résultant d'un état de grossesse et de l'accouchement sauf en cas de complication imprévisible qui pourrait mettre en danger la vie de la mère et/ou de l'enfant à naître, du traitement de la stérilité de la grossesse ainsi que de l'interruption de grossesse ;**
- **Résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des délits et crimes au sens du droit pénal applicable.**
- **Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou à des sports réputés dangereux tels que le saut à ski, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, les sports extrêmes et les tentatives de records ;**
- **Résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou résultant de la pratique, en tant que pilote ou passager, de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;**
- **Résultant de voyages aériens dont l'objectif du vol est la participation à une activité de construction, la photographie, la publicité aérienne, les vols liés au tournage ou à la production d'émissions télévisées ou de cinéma, des vols à destination de plates-formes offshore, les vols en aéroclubs.**
- **Que l'Assuré peut subir en tant que passager d'une Entreprise de transport aérien dont le pilote ne possède pas les certificats, licences ou autorisations nécessaires.**
- **Du aux effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes ;**
- **Résultant d'une Agression, d'un Acte de terrorisme, de Sabotage ou d'un Attentat dont l'Assuré serait victime, s'il est prouvé qu'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements ;**
- **Provoqué par la Guerre Etrangère ou Guerre Civile. Les assurés qui seraient surpris par la survenance de tels événements, dans le Pays de leur Détachement ou d'Expatriation, sont tenus de quitter le lieu des hostilités dès que possible. Les garanties leur restent acquises jusqu'à leur retour dans leur Pays d'origine ou de nationalité et pendant un maximum de quatorze (14) jours à compter du jour de survenance des hostilités. L'Assuré qui se rend dans un Pays de Détachement ou d'Expatriation où des tensions sont déjà constatées ne bénéficie pas de cette dérogation.**

## D. Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties cessent pour chaque Assuré :

- A la date de résiliation du contrat d'assurance groupe souscrit par ASFE auprès de Chubb European Group SE ,
- A la date à laquelle l'Assuré cesse de faire partie du groupe assuré,
- Les garanties cessent soixante (60) jours après le retour définitif de l'Assuré dans son pays d'origine ou de nationalité.

# Titre II – Garanties

## 1. Assistance aux Personnes

**La mise en œuvre des prestations d'assistance est confiée à Redion**

> **Les services de Redion, disponibles vingt-quatre heure sur vingt-quatre (24/24h), doivent être impérativement contactés préalablement à l'organisation de toute assistance.**
>
> **Dans tous les cas, il faut indiquer à Redion : le nom et le prénom de l'Assuré, la nature de l'affection ou de l'accident, le numéro de téléphone où l'Assuré peut être joint, l'adresse exacte dans le pays d'expatriation ainsi que le numéro du Contrat Chubb.**

### 1.1. Transport médical d'urgence

> **Redion se réserve le droit absolu de décider si les Conditions médicales de l'Assuré sont suffisamment graves pour justifier le transport médical d'urgence.**

Sur avis de ses autorités médicales, Redion organise, met en œuvre et prend en charge le transport de l'Assuré vers le centre médical ou l'Etablissement hospitalier le plus proche où les soins médicaux adéquats sont accessibles.

Redion se réserve, en outre, le droit de décider du lieu où l'Assuré va être transporté et des moyens ou méthodes pour ce faire, compte-tenu de tous les faits et circonstances existants, connus par Redion au moment de l'Evénement.

Ce transport médical d'urgence se fait soit par avion sanitaire spécial, soit par avion de lignes régulières, soit par train, soit par bateau, soit par ambulance.

Redion se réserve le droit d'utiliser les titres de transport initialement prévus pour le retour de l'Assuré.

Seules les autorités médicales de Redion sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation. Les réservations sont faites par Redion.

### 1.2. Rapatriement vers le Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré

Lorsque l'Assuré est en état de quitter l'Etablissement hospitalier, Redion organise et prend en charge le rapatriement de l'Assuré vers son domicile dans son Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation.

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Redion.

### 1.3. Rapatriement vers le Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré

Lorsque l'Assuré est en état de quitter l'Etablissement hospitalier, Redion organise et prend en charge le rapatriement de l'Assuré soit vers son Pays d'origine, soit vers son Pays de nationalité.

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Redion.

### 1.4. Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès d'un Assuré, Redion prend en charge et organise le transport du corps de l'Assuré jusqu'à son Pays d'origine ou de nationalité. La prise en charge du cercueil est limitée à **Deux Mille (2.000 €) Euros**. Ce service s'appliquera également au transport du corps ayant été temporairement enseveli conformément aux pratiques et aux exigences locales, afin d'être de nouveau enseveli ou incinéré dans le Pays d'origine ou de nationalité.

Les frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie, sauf s'ils sont rendus obligatoires par la législation locale, ne sont pas pris en charge par Redion.

### 1.5. Reconnaissance de corps et formalités décès

Si à la suite du décès d'un Assuré non accompagné, il s'avère que la présence d'un membre de sa Famille est nécessaire pour reconnaître le corps et/ou participer aux formalités de rapatriement ou d'incinération, Redion met à disposition de Deux (2) membres de la Famille un billet d'avion (classe économique) ou de train, aller-retour, pour chacun leur permettre de se rendre sur le lieu où se trouve le défunt.

Redion prend en charge les frais de séjour plafonnés à un montant maximum de Cents Cinquante Euros (150€) par personne et par jour sur une période maximum de Deux (2) jours.

### 1.6. Accompagnement du défunt

Redion met à disposition d'un (1) membre de la Famille assuré un billet d'avion (classe économique) ou de train 1re classe, aller-retour, pour lui permettre d'accompagner le corps du défunt jusqu'au lieu des obsèques.

1.7. **Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré**
En cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré vers son Pays d'origine ou son Pays de nationalité ou son Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation, Redion organise le retour des Membres de la famille assurés qui voyagent avec lui. Redion prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1ère classe dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour ne peuvent pas être utilisés.

1.8. **Rapatriement des enfants de moins de 18 ans du détaché ou de l'expatrié en cas de rapatriement de l'Assuré et Organisation et prise en charge du voyage d'un proche ou d'un accompagnateur si besoin**
Redion organise et prend en charge le retour des Enfants à charge de moins de 18 ans accompagnant en cas de rapatriement de l'Assuré vers son Pays d'origine ou son Pays de nationalité ou son Pays de Résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour ne peuvent plus être utilisés du fait de ce rapatriement.

Si la présence d'un membre de la Famille ou d'un accompagnateur est nécessaire, **Redion** met à disposition d'**Un (1)** membre de la Famille restés dans le Pays de Domicile ou d'un accompagnateur un billet d'avion (classe économique) ou de train, aller-retour, pour permettre de se rendre dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation.

**Redion** prend en charge les frais de séjour plafonnés à un montant maximum de **Cents Cinquante Euros (150€)** par personne et par jour sur une période maximum de **Deux (2) jours.**

Le rapatriement ainsi que les moyens les mieux adaptés sont décidés et choisis par Redion.

1.9. **Présence auprès de l'Assuré hospitalisé**
Si l'Assuré est hospitalisé et si son état empêche le rapatriement vers son Pays de Domicile, Redion met à la disposition de Deux (2) membres de sa Famille, un billet aller/retour d'avion (classe économique) ou de train, afin qu'ils se rendent à son chevet, ceci uniquement au départ du Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré.

Redion organise le séjour à l'hôtel de ces personnes et prend en charge leurs frais d'hébergement réellement exposés, sur présentation des justificatifs originaux, jusqu'à un maximum de Cent Cinquante Euros (150€) par jour sans pouvoir excéder une somme globale et totale de Mille Cinq Cent Euros (1.500€).

Il est précisé que la prise en charge concerne strictement et uniquement les frais de location de la chambre d'hôtel, à l'exception de tout autre frais.

1.10. **Retour de l'Assuré dans son Pays de Détachement ou d'Expatriation**
Si après le rapatriement d'un Assuré vers son Pays d'origine, suite à une Maladie ou à un Accident garanti, et si son état de santé est consolidé, Redion met à sa disposition, dans les deux mois suivant son rapatriement, un billet d'avion (classe économique) ou de train pour lui permettre de retourner vers son Pays de Détachement ou d'Expatriation.

1.11. **Retour d'urgence de l'Assuré à la suite du décès ou d'une maladie grave d'un Parent proche**
Si l'Assuré doit quitter son Pays de Détachement ou d'Expatriation :

- En raison du décès d'un Parent proche, Redion prend en charge un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe touriste) depuis le Pays de Détachement ou d'Expatriation jusqu'au lieu d'inhumation dans le monde entier.
  Si le Conjoint et le ou les enfant(s) de l'Assuré sont désignés au Certificat d'adhésion du contrat, la même prestation leur est accordée.
- En cas de maladie affectant son conjoint ou concubin, des ascendants ou descendants au 1er degré, et à cette double condition :
  - Il s'agit d'un événement imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de Redion après contact avec le médecin traitant le patient,
  - cet événement exige la présence de l'Assuré de manière urgente et impérative.

Redion met à sa disposition et prend en charge un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe économique) depuis le Pays de Détachement ou d'Expatriation jusqu'au chevet du malade dans le monde entier.

Si le Conjoint et le ou les enfant(s) de l'Assuré sont désignés au Certificat d'adhésion du contrat, la même prestation leur est accordée.
Cette prestation ne pourra être mise en place qu'une seule fois par année pour le même évènement.

1.12. **Frais de recherche et de secours**

Cette couverture a pour objet de garantir le remboursement à l'Assuré des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens, y compris l'usage d'un hélicoptère.

Cette garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont l'Assuré peut bénéficier par ailleurs.

Dans tous les cas, la garantie est limitée à un maximum de 5 000 € par Assuré et 15 000 € par Evénement.

1.13. **Exclusions spécifiques à la prestation « Assistance aux Personnes »**

**Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, Redion ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :**

- **Ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;**
- **Ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;**
- **N'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'Evénement tels que Emeute, Guerre Civile, Guerre Etrangère, Mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;**
- **N'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne en tant que détaché ou expatrié ;**
- **Les Evénements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;**
- **Les conséquences des maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;**
- **les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'Assuré ;**
- **les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.**

2. **Assistance psychologique**

En cas d'Accident (y compris à bord d'un véhicule), d'Agression ou de tentative d'Agression, de décès d'un Membre de votre famille, d'Attentat ou de Catastrophe naturelle, entraînant un traumatisme psychologique, Redion mets à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. L'(les) entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté(e) suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du Code de Déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débuter une psychothérapie par téléphone.

Redion assure l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

Il est précisé que ces entretiens téléphoniques ne se déroulent qu'en langue française et que le coût des communications téléphoniques reste à votre charge.

3. **Responsabilite Civile « vie privée »**

Cette garantie est acquise strictement et uniquement dans le Pays de Détachement ou d'Expatriation.

Par extension, cette garantie est accordée durant soixante (60) jours au maximum :

- par an, lors des séjours ou vacances organisées dans le monde entier
- à compter du premier jour du retour définitif de l'Assuré dans le pays d'origine ou de nationalité.

3.1. **Objet de la garantie**

L'Assureur garantit l'Assuré et les Membres de sa Famille à la condition expresse que ceux-ci soient désignés aux Certificat d'adhésion du Contrat, contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en vertu de la législation en vigueur ou de la jurisprudence en raison des Dommages corporels, matériels et immatériels Consécutifs causés aux Tiers.

Sont seuls garantis, les Dommages résultant d'un acte de vie privée commis par l'Assuré détaché ou expatrié ou l'un des Membres de sa Famille à la condition expresse qu'il soit désigné aux Certificat d'adhésion du Contrat.

3.2. **Montant de la garantie Responsabilité Civile vie privée**

Il est fixé à **Quatre Millions Cinq Cent mille Euros (4.500.000€)** par Sinistre pour l'ensemble des Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus, plafond ramené à **Un Million Cinq Cent Mille Euros (1.500.000 €) par Sinistre** pour tous les Dommages survenus ou les Réclamations formulées aux USA ou au Canada (y compris dans leurs territoires ou possessions) avec les sous-limites suivantes :

- Intoxications Alimentaires : **Un Million Cinq Cent Mille Euros (1.500.000€) par Année d'Assurance**
- Dommages Matériels: **Un Million Cinq Cent Mille Euros (1.500.000€) par Sinistre**, déduction faite d'une **Franchise par Sinistre de Trois Cent Euros (300€)**.
- Dommages Immatériels Consécutifs : **Trois Cent Mille Euros (300.000€) par Sinistre**, déduction faite d'une **Franchise par Sinistre de Trois Cent Euros (300€)**.

Ce montant forme la limite des engagements de l'Assureur pour l'ensemble des Dommages provenant d'une même cause initiale, quel que soit le nombre des victimes.

Au cas où ces Dommages se manifestent sur plus d'une Année d'assurance, le Sinistre est rattaché à l'Année d'assurance au cours de laquelle le premier des Dommages s'est manifesté.

Ce montant forme la limite des engagements de l'Assureur pour l'ensemble des Sinistres se rattachant à la même Année d'assurance, étant précisé :

- Que les montants de garantie ainsi fixés comprennent les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat ainsi que les frais de procès, et se réduisent et finalement s'épuisent par tout règlement amiable ou judiciaire d'indemnités ou de frais et honoraires.
- Qu'en cas d'épuisement du montant de garantie "par Année d'assurance" avant l'expiration de l'Année d'assurance, la garantie ne peut être reconstituée que pour les Sinistres postérieurs à la souscription d'un avenant constatant l'accord des parties sur ce point et fixant la Cotisation complémentaire en résultant.
- Que le montant de garantie "par Année d'assurance" se reconstitue automatiquement et entièrement le premier jour de chaque Année d'assurance.
- Et que nonobstant les présentes stipulations, il n'est pas dérogé à la faculté de résiliation que les parties détiennent de la loi ou du Contrat.

3.3. **Exclusions de la garantie Responsabilité Civile vie privée**

**Outre les Exclusions communes précisées dans les présentes Conditions Générales, sont formellement exclus de la Responsabilité Civile « vie privée » :**

- **Les Dommages occasionnés par l'Assuré dans le Pays de son Domicile ;**
- **Les Dommages causés par l'amiante (y compris par les fibres ou poussières d'amiante), le plomb (y compris par les particules contenant du plomb), les moisissures toxiques ou contaminations fongiques et les Dommages de pollution aux USA/Canada ;**
- **Les Dommages survenus lors de l'utilisation d'automobile ou d'engin à moteur, d'embarcation à voile ou à moteur, d'aéronef, d'animaux de selle dont l'Assuré ou les personnes dont il est civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;**
- **Les Dommages matériels résultant d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux s'ils sont survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire ou occupant ou locataire, étant toutefois précisé que demeurent couverts ceux de ces Dommages survenus dans une chambre d'hôtel louée par l'Assuré ou par l'Entreprise souscriptrice pour une durée de moins de trente jours consécutifs, et ce, à la condition expresse que l'Assuré n'y élise pas son domicile ;**
- **Les Dommages immatériels non consécutifs ;**
- **Les sports dangereux : alpinisme, spéléologie, boxe, polo, karaté, football américain, parachutisme, pilotage d'avion, vol à voile, deltaplane, saut à l'élastique, ULM, plongée sous-marine avec appareil autonome ;**
- **Toutes conséquences d'engagements contractuels pris par l'Assuré dans la mesure où les obligations qui en résulteraient excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun ;**
- **Les Dommages occasionnés par l'Assuré au cours du fait de la chasse ;**
- **Les indemnités judiciaires à caractère de peine, habituellement connues sous le nom de "Punitive" ou "Exemplary Damages" et généralement définies comme des indemnités venant en complément de la réparation du préjudice réel, qui peuvent être allouées aux victimes par les tribunaux des USA ou du Canada, lorsqu'ils considèrent que l'auteur du Dommage a eu un**

**comportement "antisocial" ou "plus que négligent" ou encore "en méconnaissance volontaire de ses conséquences".**

- **Les Dommages causés ou subis par tout véhicule terrestre à moteur soumis ou non à l'obligation d'assurance automobile (y compris remorque, attelage ou semi-remorque) lorsque l'Assuré en a la propriété, la conduite ou la garde. Il est entendu que cette exclusion s'applique également aux dommages causés par l'utilisation de microtracteurs, motoculteurs, tondeuses à gazon autoportées, véhicules jouet de toute cylindrée et tout Engin de déplacement personnel.**

**Sont également exclus les Dommages :**

- **Causés aux biens, y compris aux animaux, dont l'Assuré a la conduite, la garde ou l'usage, même lorsqu'ils lui sont confiés dans le cadre d'une activité bénévole ;**
- **Résultant d'une activité professionnelle ou rémunérée de l'Assuré ainsi que de fonctions publiques ou syndicales ;**
- **Causés aux biens, objets, produits ou animaux vendus par l'Assuré ;**
- **Résultant de tout Acte de Terrorisme ou de Sabotage, Attentat, Emeute ou Mouvement populaire ;**
- **Résultant d'une pollution non accidentelle ;**
- **Causés par les chevaux ou autres équins, par les chiens de la catégorie 1 ou 2, telle que définie à l'article 211-1 du Code Rural, par les animaux sauvages ;**
- **Toutes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile incombant à l'Assuré en sa qualité d'employeur à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle atteignant l'un de ses Préposés dans l'exercice de ses fonctions ;**
- **Les Dommages qui résultent de la gestion sociale de l'Assuré à l'égard de ses Préposés ou ex-préposés, des candidats à l'embauche, de leurs ayants droit et des partenaires sociaux ;**
- **Les Dommages occasionnés par l'Assuré dans tous les pays autres que celui de son détachement ou de son expatriation (la garantie demeurant acquise pendant 60 jours pour les séjours temporaires hors du Pays de résidence / Pays de détachement ou d'expatriation, ou après le retour définitif de l'Assuré dans son Pays d'origine ou son Pays de nationalité).**
- **.**

### 3.4. Limite d'engagement dans le temps

La garantie déclenchée par le Fait dommageable couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires des Sinistres dès lors que le Fait dommageable survient entre la prise d'Effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration, et ce, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du Sinistre.

### 3.5. Défense Pénale et Recours

La mise en oeuvre de cette garantie est confiée au :

**GIE CIVIS, 90, avenue de Flandre, 75019 Paris,**

**Téléphone 01 53 26 25 25**

lequel est mandaté par Chubb European Group SE, pour délivrer les prestations garanties.

***a) Objet de la garantie***

La présente garantie a pour objet d'apporter à l'Assuré les moyens juridiques et financiers qui sont nécessaires :

1. Pour réclamer amiablement, et au besoin, judiciairement, la réparation pécuniaire des Dommages subis par l'Assuré à la triple condition :

• Qu'il s'agisse de Dommages garantis, engageant la responsabilité d'une personne physique ou morale n'ayant pas la qualité d'Assuré au titre du présent contrat,

• Que ces Dommages soient survenus dans des circonstances où la garantie Responsabilité Civile du présent contrat aurait été acquise à l'Assuré s'il en avait été l'auteur au préjudice d'un Tiers,

• Que ces Dommages soient d'un montant égal ou supérieur au seuil d'intervention de 300 €

2. Pour défendre l'Assuré devant les juridictions répressives et les commissions administratives, s'il est poursuivi pour contravention ou délit à la suite d'un événement couvert par la garantie Responsabilité Civile du présent contrat

***b) Prestations garanties***

L'Assureur s'engage, sous les conditions de mise en oeuvre précisées au paragraphe d) :

1. A procurer à l'Assuré tous renseignements sur l'étendue de ses droits et la manière de les faire valoir, et à mettre en oeuvre toutes interventions, démarches et moyens juridiques tendant à mettre fin au différend ;

2. A saisir l'avocat désigné par l'Assuré et, à défaut de libre choix, à lui en fournir un :

- Lorsqu'il faut défendre, représenter ou servir les intérêts de l'Assuré devant une juridiction ou une commission,

- En cas de conflit d'intérêts, c'est-à-dire si le GIE CIVIS doit simultanément défendre des intérêts liés à ceux de l'adversaire de l'Assuré ;

3. A prendre en charge les honoraires des mandataires (avocat, correspondant, huissier, expert) et tous autres frais nécessaires, dans la mesure où ces frais et honoraires incombent à l'Assuré, pour faire reconnaître ses droits et les faire exécuter, ceci dans les limites suivantes :

- 30 000€ aux USA

- 16 000€ Hors USA

***c) Etendue géographique de la garantie***

La garantie s'exerce dans le Pays de résidence / Pays de détachement ou d'expatriation l'Assuré.

***d) Mise en oeuvre de la garantie***

1. Déclaration

Tout événement susceptible d'entraîner la mise en jeu de la présente garantie doit être déclaré par écrit au GIE CIVIS.

Attention : sous peine de déchéance et sans préjudice des dispositions du §3, l'Assuré doit, sauf cas fortuit ou de force majeure, faire cette déclaration avant toute saisine d'avocat ou tout engagement d'action judiciaire.

2. Constitution du dossier

L'Assuré doit communiquer, lors de la déclaration, et ultérieurement, dès réception, toutes pièces, informations et éléments de preuve se rapportant au différend, et utiles à la vérification de la garantie, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution. L'Assuré doit notamment fournir tous renseignements permettant d'identifier et de retrouver son adversaire et de chiffrer et de justifier sa Réclamation, ainsi que tous renseignements concernant les autres assurances dont il pourrait éventuellement bénéficier à l'occasion des événements déclarés.

Attention : l'Assuré sera déchu de tout droit à garantie et tenu de rembourser les frais déjà exposés s'il fait sciemment des déclarations inexactes (ne serait-ce qu'en dissimulant certains documents ou renseignements) sur la nature, les causes ou les conséquences du différend ou tout élément concernant la recherche de sa solution.

3. Accord préalable de prise en charge

La conduite du dossier, les saisines de mandataire et les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre l'Assuré et le GIE CIVIS.

En cas de désaccord, l'Assuré peut demander l'arbitrage prévu au e), mais il peut aussi, après en avoir informé le GIE CIVIS par écrit, exercer lui-même l'action contestée. S'il obtient une solution définitive plus favorable, le GIE CIVIS remboursera sur justification et dans les limites de la garantie, les frais qu'il aura exposés et dont le montant n'aura pas été mis à la charge de l'adversaire.

Attention : sous réserve de ce cas particulier, les initiatives que l'Assuré pourrait prendre sans l'accord préalable du GIE CIVIS resteront à sa charge sauf s'il s'agit de mesures conservatoires réellement urgentes pour lesquelles l'Assuré a été dans l'impossibilité de joindre le GIE CIVIS, ne serait-ce que téléphoniquement, et pour autant que ces mesures se révèlent appropriées.

4. Choix et saisine de l'avocat

S'il convient de constituer un avocat, l'Assuré a le droit de le choisir (c'est-à-dire de le désigner au GIE CIVIS).

Lorsque l'Assuré choisit son avocat, il ne doit jamais le saisir directement, mais confier ce soin au GIE CIVIS. Le montant de la prise en charge de l'Assureur est évalué de gré à gré entre le GIE CIVIS et l'Assuré ou, à défaut, comme il est dit au E, en fonction de la nature et des difficultés du dossier.

L'Assureur ne prend pas en charge les frais supplémentaires découlant de l'intervention d'un avocat non territorialement compétent (frais de déplacement, frais de postulation etc.).

Lorsque la prise en charge de l'Assureur est inférieure aux honoraires de l'avocat, ou à l'évaluation qui a pu être faite, l'Assuré peut désigner un autre avocat ou maintenir son choix initial en conservant à sa charge le dépassement d'honoraire.

5. Paiement des sommes et subrogation

Le GIE CIVIS réglera directement les honoraires et frais garantis sans que l'Assuré ait à en faire l'avance, sauf si l'Assuré récupère la taxe sur la valeur ajoutée, auquel cas le GIE CIVIS lui remboursera, sur justificatifs, le montant hors taxes de ces frais et honoraires.

Le GIE CIVIS reversera à l'Assuré les sommes et indemnités obtenues à son profit dans les trente jours de la date à laquelle il les aura lui-même encaissées.

De son côté, il appartient à l'Assuré de verser les consignations, cautions ou provisions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

L'Assureur est subrogé conformément à l'article L. 121-12 du Code dans les droits et actions de l'Assuré contre les Tiers à concurrence des sommes qu'il a réglées.

L'Assuré s'engage à préserver ces droits et, s'il y a lieu, à reverser à l'Assureur les sommes qui auraient été directement perçues à ce titre, notamment celles obtenues au titre de l'article 700 du code de procédure civile ou de tout autre texte équivalent.

***e) Résolution des conflits surgissant entre le GIE CIVIS et l'Assuré***

Sur simple demande de l'Assuré, tout désaccord survenant entre le GIE CIVIS et l'Assuré à propos de la mise en oeuvre de la présente garantie sera soumis par voie de requête conjointe au Président du Tribunal d'Instance du domicile de l'Assuré, ce magistrat statuant en amiable compositeur.

Cette requête conjointe est prise en charge par l'Assureur et n'interdit pas à l'Assuré de recourir à ses frais à tous autres moyens de droit.

# Titre III – Déclaration documents nécessaires et remboursement des Sinistres

## A. Demande d'indemnisation assurance (Responsabilité civile vie privée)

**Dès qu'il a connaissance d'un fait susceptible d'engager la garantie du présent Contrat et au plus tard dans les cinq (5) jours ouvrés, l'Assuré doit sous peine de Déchéance de la garantie, sauf cas fortuit ou de force majeure, en aviser l'Assureur par écrit ou verbalement contre récépissé.**

**Le paiement des indemnités ou capitaux est effectué par l'Assureur exclusivement sur un compte bancaire domicilié dans un pays de l'Union européenne et en Euros.**

**La déclaration de Sinistre doit être adressée, en utilisant l'un des moyens suivants :**

**Par courrier :**
**Chubb European Group SE**
**Service Indemnisations Responsabilité Civile**
**La Tour Carpe Diem**
**31, Place des Corolles, Esplanade Nord,**
**92419 Courbevoie Cedex**
**France**

**Par mail : France.DeclarationsRC@Chubb.com>**

**Tous les documents médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel « A l'attention du médecin conseil »**

## B. Mise en œuvre des garanties assistance aux personnes

Pour que les prestations d'assistance soient mises en œuvre, l'Assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat prendre contact avec **Redion** en précisant le numéro du Contrat Chubb FRBOPA70793, son propre nom et prénom :

**Redion**
**Téléphone : +33 1 41 85 90 15**

**Mail : msh@ea-gcs.com**

## C. Déchéance commune à toutes les garanties

- **Aucune indemnité n'est due pour tout Sinistre déclaré à l'Assureur, plus de cinq (5) jours ouvrés après sa survenance, lorsque ce retard cause un préjudice quelconque à l'Assureur ;**
- **L'Adhérent ou l'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le Sinistre en cause ;**
- **Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. L'Assuré perd tout droit à garantie en cas de non-respect de cet engagement de limiter l'étendue du Sinistre ;**
- **Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de la garantie.**

## D. Documents à fournir

1. **Pour toutes les garanties**
   - Le numéro du Contrat.
   - La déclaration circonstanciée de sinistre
   - Les justificatifs à l'appui de la demande en fonction de la garantie
   - Le RIB/IBAN de l'Assuré

2. **Pour la garantie responsabilite civile « vie privée »**

   Dès qu'il a connaissance d'un fait susceptible d'engager la garantie du présent Contrat et au plus tard dans les cinq (5) jours, l'Assuré doit sous peine de Déchéance de la garantie, sauf cas fortuit ou de force majeure, en aviser l'Assureur par écrit ou verbalement contre récépissé.

   Il doit en outre:
   - Indiquer à l'Assureur dans le plus bref délai les circonstances du Sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature et le montant approximatif des Dommages.
   - Prendre toutes mesures propres à limiter l'ampleur des Dommages déjà connus et à prévenir la réalisation d'autres Dommages.
   - Transmettre à l'Assureur, dans le plus bref délai, tous avis, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui sont adressés, remis ou signifiés.

   Faute par l'Assuré de se conformer aux obligations énumérées aux trois alinéas précédents, l'Assureur a le droit à une indemnité proportionnelle aux Dommages que cette inexécution pourrait lui causer.

# Titre IV – Obligations de l'Adhérent

## A. Déclaration du risque à la souscription du contrat

L'Adhérent doit déclarer exactement tous les éléments qu'il connaît et qui peuvent permettre à l'Assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge et qui sont spécifiés aux Conditions particulières du Contrat.

## B. Déclaration des modifications apportées au risque en cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer à l'Assureur toute aggravation des éléments d'appréciation du risque pris en charge par l'Assureur.

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque telle que si le nouvel état de fait avait existé lors de la souscription du Contrat, l'Assureur ne se serait pas engagé ou ne l'aurait fait que moyennant une Cotisation plus élevée, l'Assureur peut proposer une nouvelle Cotisation.

Si l'Adhérent refuse cette nouvelle Cotisation, l'Assureur peut résilier le Contrat moyennant un préavis de dix (10) jours.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le Sinistre, dans les conditions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances :**

- **En cas de mauvaise foi, par la nullité du Contrat ;**
- **Si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.**

**En cas de non-respect des obligations relevant de la Déclaration du Risque à la Souscription du Contrat et de la Déclaration des Modifications apportées au Risque en cours de Contrat, l'Adhérent peut se voir opposer la Déchéance.**

## C. Paiement de la cotisation

La Cotisation annuelle ou, dans le cas de paiement fractionné, les fractions de Cotisations et les frais de dossier dont le montant est stipulé aux Conditions particulières ainsi que les taxes, sont payables d'avance aux dates convenues.

A défaut de paiement d'une Cotisation, ou d'une fraction de Cotisation, dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du Contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure de l'Adhérent.

Si la Cotisation annuelle est payable en plusieurs fractions, le non-paiement d'une fraction de Cotisation à l'échéance fixée entraîne l'exigibilité de la totalité des fractions de Cotisation restant dues au titre de l'Année d'assurance en cours.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné au deuxième alinéa du présent paragraphe.

Le Contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la Cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la Cotisation annuelle, les fractions de Cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

# Titre V – Résiliation du contrat

Le Contrat peut être résilié :

1. Par l'Adhérent
   L'Adhérent peut résilier le Contrat à tout moment un an après avoir souscrit son contrat moyennant un préavis de un (1) mois.

   Et, par application de l'Article L. 113-4 du Code des Assurances :

   En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans le Contrat si l'Assureur refuse de réduire la Cotisation d'assurance en conséquence dans un délai de dix (10) jours à compter de la réclamation faite par l'Adhérent par lettre recommandée.

   La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

   En cas de majoration tarifaire, l'Adhérent peut résilier son Contrat dans les quinze (15) jours qui suivent la date où elle a eu connaissance de cette majoration.

   La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant sa notification à l'Assureur.

2. **Par l'Assureur**
   L'Assureur pent résilier le Contrat chaque année, à la date d'échéance annuelle, moyennant un préavis de deux (2) mois au moins.

   En cas de non-paiement des Cotisations dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-3 du Code des assurances).

   En cas d'aggravation du risque si l'Adhérent n'accepte pas le nouveau taux de Cotisation proposé par l'Assureur dans les délais prévus au Titre IV de la présente notice d'information (Article L. 113-4 du Code des Assurances).

   En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de Contrat (Article L. 113-9 du Code des assurances).

3. **De plein droit**
   En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur, dans les conditions de l'Article L. 326-12 du Code des assurances.

4. **Formalités de résiliation**
   La résiliation du Contrat, par l'une ou l'autre des parties, doit être notifiée au minimum deux (2) mois avant la date d'échéance.

   La résiliation par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée.

   Lorsque l'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat, elle peut le faire à son choix, soit par une lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur.

   En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation (à l'exception du cas de non-paiement des Cotisations) se décompte par rapport à la date figurant sur le cachet de la poste.

   Dans le cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de Cotisation d'assurance pour la période restante est remboursée à l'Adhérent si elle a été perçue d'avance. Toutefois, cette portion de Cotisation est conservée par l'Assureur si le Contrat a été résilié pour non-paiement de Cotisation.

   La résiliation ou le non-renouvellement du Contrat est sans effet sur le versement des prestations acquises ou nées durant sa période.

# Titre VI – Dispositions diverses

## A. Respect des sanctions économiques et commerciales

**Lorsque la garantie ou le paiement de l'indemnité ou du sinistre prévus par cette police enfreint les résolutions des Nations Unies ou les sanctions, lois ou règlements économiques et commerciaux de l'Union européenne, du Royaume-Uni, de la France ou des États-Unis d'Amérique, une telle garantie ou un tel paiement d'indemnité ou de sinistre sont nuls et non avenus.**

## B. Expertise en cas de désaccord

En cas de contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin afin d'organiser une expertise contradictoire.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement. Ce dernier tiendra lieu d'arbitrage.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du Domicile de l'Assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

## C. Direction du procès

Pour les Dommages entrant dans le cadre de la garantie «Responsabilité Civile vie privée» et dans les limites de celle-ci, l'Assureur assume seul la direction du procès intenté à l'Assuré et a le libre exercice des voies de recours.

L'Assureur prend à sa charge les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat ainsi que les frais de procès. Ces frais et honoraires viennent en déduction du montant de garantie applicable.

La prise de direction par l'Assureur de la défense de l'Assuré ne vaut pas renonciation pour l'Assureur à se prévaloir de toute exception de garantie dont il n'aurait pas eu connaissance au moment même où il a pris la direction de cette défense.

En cas de procès pénal où les intérêts civils sont ou seront recherchés dans le cadre de cette instance ou de toute autre ultérieurement, l'Assuré s'engage à associer l'Assureur à sa défense sans que cet engagement modifie l'étendue de la garantie du présent Contrat.

**Sous peine de Déchéance, l'Assuré ne doit pas s'immiscer dans la direction du procès lorsque l'objet de celui-ci relève de la garantie « Responsabilité Civile vie privée ».**

## D. Transaction

L'Assureur a seul le droit, dans la limite de sa garantie, de transiger avec les personnes lésées.

**Aucune transaction ou reconnaissance de responsabilité intervenant en dehors de l'Assureur ne lui est opposable.**

Toutefois, n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel, ni le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

## E. Conciliation

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties contractantes s'engagent, en cas de différend, à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

A cet effet, elles désigneront chacune un conciliateur. En cas de désaccord entre les deux conciliateurs sur la solution du différend, ceux-ci choisissent d'un commun accord un troisième conciliateur et statuent à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires du conciliateur qu'elle a désigné, et, le cas échéant, la moitié des honoraires du troisième conciliateur.

## F. Prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 et L.114-3 du Code des assurances.

**L'article L 114-1 du Code des assurances dispose que :**

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance.
2. En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions de l'alinéa 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.»

**L'article L. 114-2 du Code des Assurances dispose que :**

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

**L'article L 114-3 du Code des assurances :**

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.**

**Article 2240 du Code civil :**

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

**Article 2241 du Code civil :**

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

**Article 2242 du Code civil :**

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

**Article 2243 du Code civil :**

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

**Article 2244 du Code civil :**

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

**Article 2245 du Code civil :**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

**Article 2246 du Code civil :**

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

## G. Subrogation

A concurrence des indemnités réglées, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L. 121-12 du Code des Assurances dans les droits et actions de l'Assuré ou ses ayants droit contre tout responsable du Sinistre. De même, lorsque des garanties de la présente Notice d'Information sont couvertes, totalement ou partiellement, par un autre contrat d'assurance ou un organisme d'assurance Maladie, la Sécurité Sociale ou toute autre institution, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré ou de son Représentant Légal à l'encontre des organismes et Assureurs susvisés.

## H. Assurances Cumulatives

Si, au moment d'un incident qui donne lieu à un Sinistre en vertu de la présente Notice d'Information, il existe une quelconque autre assurance couvrant les mêmes Pertes, dommages, frais ou responsabilité, Vous devez Nous le déclarer (conformément à l'article L121-4 du Code des assurances) et Nous ne paierons que Notre part de façon proportionnelle. La présente condition ne s'applique pas à la Section « Accident en cours de Transport » de la présente Notice d'Information.

## I. Réclamation et Médiation

Nous nous engageons à fournir un service de haute qualité et souhaitons le maintenir à tout moment. Si vous n'êtes pas satisfait de ce service, veuillez nous contacter, en citant les détails de votre police, afin que nous puissions traiter votre réclamation dans les meilleurs délais.

***Réclamations***

**Chubb European Group SE**

**Téléphone : +33 1 55 91 48 69**

**Mail : reclamationclient@chubb.com**

Conformément à la Recommandation 2024-R-02 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en cas de réclamation, nous nous engageons à accuser réception de votre demande au plus tard dans les **Dix (10) Jours** ouvrés qui suivent l'envoi de celle-ci et, à y répondre au plus tard dans les **Deux (2) Mois**.

***Médiation et voie judiciaire***

Sans préjudice des recours judiciaires dont dispose l'Assuré, celui-ci peut en tout état de cause saisir le Médiateur de l'Assurance dans les deux mois suivants l'envoi de sa première réclamation, à l'adresse suivante :

**www.mediation-assurance.org**

**La Médiation de I 'Assurance**

**TSA 50110**

**75441 Paris Cedex 09**

## J. Modification de la Notice d'Information et information de l'Assuré

Toute modification des conditions générales de la présente Notice d'Information, ou toute résiliation du Contrat d'assurance collective souscrit par l'Association of Services For Expatriates (ASFE) auprès de Chubb European Group SE par l'intermédiaire

de MSH International au bénéfice de ses membres Adhérents, fera l'objet d'une information à destination des Adhérents dont MSH International est seul responsable.

### K. Intérêts

Aucune somme que **l'Assureur** est tenu de payer en vertu de la présente Notice d'Information ne portera intérêt, sauf si **l'Assureur** a indument retardé un paiement après réception de l'ensemble des certificats, informations et éléments de preuve nécessaires pour justifier le Sinistre. Lorsque **l'Assureur** est tenu de payer des intérêts, ceux-ci ne seront calculés qu'à partir de la date de réception définitive des certificats, informations ou éléments de preuve en question.

## Titre VII – Protection des données à caractère personnel

L'Assureur utilise les données personnelles que l'Adhérent met à sa disposition ou, le cas échéant, à la disposition du courtier en assurance de l'Adhérent pour la souscription et la gestion de cette Police d'assurance, y compris en cas de sinistre afférent à celle-ci.

Ces données comprennent des informations de base telles que les nom et prénom des Assurés, leur adresse et leur numéro de police, mais peuvent aussi comprendre des données comme par exemple, leur âge, leur état de santé, leur situation patrimoniale ou l'historique de leurs sinistres, si celles-ci sont pertinentes au regard du risque assuré, des prestations fournies par l'Assureur ou des sinistres déclarés par l'Adhérent ou les Assurés.

L'Assureur appartenant à un groupe mondial de sociétés, les données personnelles des Assurés pourront être partagées avec d'autres sociétés de son groupe, situées dans des pays étrangers, dès lors que ce partage est nécessaire à la gestion ou l'exécution de la police d'assurance, ou à la conservation des données des Assurés. L'Assureur utilise également des prestataires et gestionnaires, qui peuvent avoir accès aux données personnelles des Assurés, conformément aux instructions et sous le contrôle de l'Assureur.

Les Assurés bénéficient de droits relatifs à leurs données personnelles, notamment des droits d'accès ainsi que, le cas échéant, d'un droit à l'effacement de leurs données.

Cette clause est une version courte du traitement des données personnelles de l'Assuré effectué par l'Assureur. Pour plus d'informations, les Assurés et l'Adhérent ont la possibilité de se reporter à la Politique de Confidentialité, accessible via le lien suivant: https://www2.chubb.com/fr-fr/footer/politique-de-confidentialite-en-ligne.aspx . Les Assurés et l'Adhérent peuvent également demander à l'Assureur un exemplaire papier de la Politique de Confidentialité, à tout moment, en soumettant leur demande par email à l'adresse suivante : dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

## Titre VIII – Droit applicable et autorité de contrôle

Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09.

Le Contrat est soumis à la loi française et est régi par les dispositions du Code des assurances.

# Tableau des montants de garanties «Expat+ » Assistance Complète

| Nature des garanties | Montant maximum de garantie | Territorialité / Franchise |
|---|---|---|
| **Assistance aux personnes** | | |
| • Transport médical d'urgence | Frais réels | Monde entier |
| • Rapatriement vers le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation de l'Assuré | Frais réels | |
| • Rapatriement vers le Pays d'origine ou de nationalité de l'Assuré | Frais réels | |
| • Rapatriement du corps en cas de décès<br>  • Frais de cercueil ou d'urne | Frais réels<br>A concurrence de **2 000 €** | Le rapatriement est organisé vers le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation ou vers le Pays d'origine ou de nationalité |
| • Reconnaissance de corps et formalités décès | Billet aller-retour en avion ou train pour 2 membres de la famille et prise en charge des frais de séjour, à concurrence de 150€ par jour et par personne sur une période maximum de 2 jours | |
| • Accompagnement du corps défunt ou de l'urne | Billet aller-retour en avion ou train pour 1 membre de la famille | |
| • Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré | Billet retour en avion ou train | |
| • Rapatriement des enfants de moins de 18 ans en cas d'hospitalisation<br>et<br>• Organisation et prise en charge du voyage d'un proche ou d'un accompagnateur en cas de besoin | Billet retour en avion ou train<br><br>Billet aller-retour en avion ou train pour 1 membre de la famille et prise en charge des frais de séjour, à concurrence de 150€ par jour et par personne sur une période maximum de 2 jours | Le rapatriement est organisé vers le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation ou vers le Pays d'origine ou de nationalité |
| • Présence auprès de l'Assuré hospitalisé | Billet aller-retour en avion ou train pour 2 membres de la famille et prise en charge des frais de séjour, à concurrence de 150€ par jour avec un maximum de 1 500€ au total | |
| • Retour de l'Assuré sur son lieu de résidence (dans les 2 mois suivant le rapatriement) | Billet retour | |
| • Retour anticipé en cas du décès ou d'une maladie grave d'un parent proche | Billet aller-retour (max 1 fois par an pour le même événement) | |
| • Frais de recherche et de secours | **5 000 €** par Assuré<br>**15 000 €** par Evénement | Sinistre survenant dans le Monde entier |
| • Assistance psychologique | 3 entretiens téléphoniques | Sinistre survenant dans le Monde entier |

| Nature des garanties | Montant maximum de garantie | Territorialité / Franchise |
|---|---|---|
| **Responsabilité Civile "vie privée" :** | | |
| • Tous Dommages corporels, matériels et immatériels confondus<br>- plafonnés aux USA et Canada à : | **4 500 000 €**<br>**1 500 000 €** | Strictement et uniquement dans le Pays de résidence / Pays de Détachement ou d'Expatriation et pendant 60 jours max par an lors de séjours ou vacances organisées dans le monde entier. |
| • Avec les sous-limites suivantes :<br>- Intoxications alimentaires<br>- Dommages matériels confondus (Franchise de **300 €** par Sinistre)<br>- Dommages immatériels consécutifs confondus (Franchise de **300 €** par Sinistre) | <br>**1 500 000 €**<br>**1 500 000 €**<br>**300 000 €** | |
| • Defense Recours :<br>- Hors USA<br>- USA | <br>**16 000 €**<br>**30 000 €** | |

## Contactez-nous

Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem
31, Place des Corolles, Esplanade Nord,
92419 Courbevoie Cedex
France
www.chubb.com/fr

## A propos de Chubb

Chubb est la société d'assurance IARD cotée en bourse la plus importante au monde. Présente dans 54 pays, Chubb protège les risques des entreprises de toutes tailles, des groupes multinationaux aux moyennes et petites entreprises. Elle couvre également les biens importants de particuliers fortunés. Elle propose des produits de prévoyance et de protection de budget pour les particuliers et offre aux employeurs et groupements des solutions d'assurance individuelle accident et des couvertures pour les risques de mobilité. Enfin, elle met en place des solutions de réassurance.

En tant que compagnie de souscription, Chubb évalue, couvre et gère les risques avec connaissance et discipline. Elle indemnise les sinistres de manière juste et rapide. Chubb se caractérise par l'étendue de son offre de produits et de ses prestations de services, l'ampleur de son réseau de distribution, son exceptionnelle solidité financière, son expertise en matière de souscription, l'excellente qualité de sa gestion de sinistres et de ses activités dans les divers pays du monde.

La société mère Chubb Limited est cotée à la bourse de New York (NYSE : CB) et est intégrée à l'indice S&P 500. Chubb dispose de bureaux de direction à Zurich, New York, Londres, Paris et d'autres villes et emploie environ 31 000 personnes de par le monde.

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur : chubb.com/fr

Chubb. Insured.℠