

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Humanis Assurances – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances
N° agrément ACPR : 5021282

Produit : PACK EXPAT CFE SENIOR – FRAIS DE SANTÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance santé complémentaire « Pack Expat CFE Senior - Frais de santé » est destiné à couvrir les assurés expatriés ayant liquidé leur pension vieillesse d'au moins un régime de base français, âgés de moins de 75 ans à la date d'adhésion au contrat et se rendant à l'étranger pour une durée minimale de 183 jours en continue. Il a pour objectif le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés en complément de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de couverture choisi et du lieu de réalisation des soins et figurent dans le tableau de garanties. Les garanties sont plafonnées, selon le niveau de couverture choisi, à un montant maximal par an et par bénéficiaire allant de 100 000 € à 300 000 € et ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. En fonction des plafonds, une somme peut rester à votre charge. Dans les cas et conditions fixés au contrat, la souscription est soumise à sélection médicale.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique** : les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et les actes de laboratoires, les frais de séjour, l'hospitalisation à domicile ;
- ✓ **Frais de transport** : en cas d'urgence jusqu'à l'établissement de santé approprié ;
- ✓ **Pratiques médicales courantes** : consultations médicales, examens médicaux et paramédicaux, les médicaments prescrits ;
- ✓ **Appareillage** : prothèses orthopédiques, médicales et auditives ;
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses et implants dentaires ;
- ✓ **Maternité** : frais d'accouchement ;
- ✓ **Prévention médicale** : traitement érectiles et de l'ostéoporose, vaccins non remboursés, écran total, pastilles de désinfection de l'eau.

Les garanties additionnelles en fonction du niveau de garantie choisi

Médecine alternative : actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs et les acupuncteurs ;
Cures thermales : frais de transport et d'hébergement ;
Optique : lentilles ;
Frais dentaires : orthodontie ;

Les garanties annexes systématiquement prévues

- ✓ **Assistance et assurance bagages**
- ✓ **Responsabilité civile à l'étranger**

Ⓞ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × **Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;**
- × **Les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française ;**



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

- ! Les conséquences de tous sports pratiqués à titre professionnel ;
- ! Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période d'assurance du contrat, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- ! Les frais liés à des consultations externes en psychiatrie, psychologie, psychothérapie et psychanalyse ;
- ! Les frais qui ne sont pas pris en charge par la CFE, y compris les franchises médicales et les participations forfaitaires, sauf s'ils sont expressément garantis au titre du contrat selon le niveau de garanties choisi ;
- ! Les séjours en maison de repos ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les séjours, de convalescence en établissement de soins de suite et de réadaptation ;
- ! Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée.

Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation médicale, chirurgicale** : les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus (30 jours par an en cas d'hospitalisation psychiatrique).
- ! **Frais dentaires** : le traitement d'orthodontie entreprise après l'âge de 16 ans.
- ! **Toutes les garanties** : un délai de carence peut être appliqué à la date d'effet des garanties, notamment si les droits du souscripteur ne sont pas ouverts à la CFE.



Où suis-je couvert ?

Dans la zone d'expatriation choisie par le souscripteur :

- ✓ **Zone A** : Monde entier sauf le Canada, les Etats-Unis, le Japon et la Suisse.
- ✓ **Zone B** : Monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle du souscripteur entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

À la souscription :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé fourni par l'assureur ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la première cotisation.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au remboursement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins ;
- Informer l'Assureur de toute modification affectant une donnée le concernant, tels que le changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale, ou toute information relative à son affiliation à la CFE et notamment de la radiation de son affiliation à la CFE.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations doivent être réglées d'avance, en euro, trimestriellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) ou l'aménagement des garanties par le Souscripteur et en tout état de cause, à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurances.

L'adhésion au contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le contrat prend fin de plein droit :

- A la date à laquelle le souscripteur ne fait plus partie de la catégorie assurable, exception faite de son âge ;
- Au plus tard à la fin du 3^{ème} mois civil suivant le décès du souscripteur.

Délais de rétractation :

Si le souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai prend effet à compter de la date d'effet de l'adhésion ou à la date de réception des Conditions Particulières si celles-ci sont reçues après la conclusion du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut mettre fin à l'adhésion au contrat :

- Au 31 décembre de chaque année sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre.
- Au 1^{er} jour du mois suivant la notification à l'Assureur, en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis sous réserve que cette demande soit faite dans les 3 mois de l'évènement.
- A tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'assureur de la notification du souscripteur.

Le souscripteur peut résilier l'adhésion au contrat notamment par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 113-14 du Code des Assurances français.

Coordonnées utiles pour résilier l'adhésion au contrat :

MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES – Centre de gestion – BP 30 – 41914 BLOIS Cedex 9

MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES Société Anonyme régie par le Code des assurances français au capital social de 23 565 660 € entièrement libéré, RCS de Paris n°447 883 661 - Siège social : 21 Rue Laffitte 75009 PARIS