Indigo Expat WeCare

Notice d'information du contrat - 1er Euro

Contrat n°MGENIB1100689SAN – intervention au 1er Euro
Frais médicaux et Assistance rapatriement

souscrit par l'**Association Coopération, Mobility & Expatriation** (ACME),

par le biais d'**Assurances et Conseils Moncey** (code 75C024),

auprès de MGEN Portugal**,** délégation de souscription accordée à **VYV International Benefits**

Document contractuel

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat n°MGENIB1100689SAN relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association ACME (Association souscriptrice) auprès de l'Assureur dont les mentions légales respectives sont portées à la Section 6 de la présente notice d'information.

2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 5 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.

4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure douze (12) mois à compter de la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année pour une durée d'un an. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement et renonciation du certificat d'adhésion » de la présente notice d'information.

5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 1 « Objet de la notice d'information », de garantir aux Assurés le versement de prestations dans les conditions définies à la Section 3 « Les garanties et prestations » de la présente notice d'information.

6. Les exclusions sont mentionnées à la Section 4 « Risques et prestations exclus » de la présente notice d'information.

7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat n° MGENIB1100689SAN est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.

8. L'adhésion au contrat n° MGENIB1100689SAN relatif à la présente notice d'information s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 13 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information.

9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 5 « Les cotisations » de la présente notice d'information.

10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de l'Association souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.

12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 5 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

Table de matières

Section 1 – Objet et bases de la Notice d'information 3
Section 2 – Les Assurés 6
Section 3 – Les garanties et prestations 8
Section 4 – Risques et prestations exclues 13
Section 5 – Les cotisations 17
Section 6 – Les définitions 17

Section 1 – Objet et bases de la Notice d'information

1 – Objet de la Notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association souscriptrice « Association Coopération, Mobility et Expatriation (ACME) » ou son représentant auprès de l'Assureur. Le contrat est souscrit auprès de MGEN Portugal, dénommé « Assureur », dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits.

Il relève de la branche 2 - Maladie et 18- Assistance définie à l'article R.321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes physiques en mobilité internationale, ressortissantes de l'Union européenne ou non ressortissantes de l'Union européenne résidant dans un pays de l'Union Européenne, adhérentes à l'Association Souscriptrice, du remboursement de leurs frais médicaux reconnus par l'Assurance Maladie-Maternité de la Sécurité sociale française.

Il est complété par des garanties Assistance-Rapatriement.

L'Association souscriptrice a mandaté le cabinet Assurances et Conseils Moncey pour la conception et la distribution du contrat, objet de cette notice.

2 – Effet, durée, renouvellement et renonciation du certificat d'adhésion

2.1 Adhésion individuelle

La demande d'adhésion au contrat, faisant l'objet de la présente notice d'information, se fait au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation selon un modèle approuvé par l'Assureur rempli, daté et signé par le candidat à l'assurance et d'un questionnaire de santé.

Ce bulletin individuel d'affiliation précise l'identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, le consentement de l'Adhérent à l'assurance. Ce dernier reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l'Adhérent, son Conjoint ou Personne assimilée et les Ayants-droit bénéficiant des garanties du contrat, objet de la notice.

En fonction du résultat de la sélection médicale, l'Assureur, via MSH International, se réserve la possibilité :

- d'appliquer le cas échéant certaines conditions spéciales (surprime au montant de la cotisation et/ou une ou plusieurs exclusions de pathologies) précisées sur le certificat d'adhésion.
  L'Adhérent peut refuser ces nouvelles conditions dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle elles lui ont été notifiées ou les accepter en complétant et signant un formulaire d'acceptation.
- de refuser un candidat à l'assurance. Dans ce cas, le refus est notifié par courriel avec avis de réception, dans le mois de la réception du dossier d'adhésion.

Les Adhérents, ainsi que leurs Ayants-droit, le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion, qui mentionne notamment :
- Le numéro d'adhésion,
- La date d'effet de l'assurance,
- Les noms et prénoms des Adhérents,
- Le cas échéant les noms et prénoms des Ayants-droit,
- La catégorie de bénéficiaires,
- La zone de couverture,
- La nature et le montant des garanties souscrites,
- Le montant des cotisations et leurs modalités de paiement.

Lors de l'adhésion au contrat de l'Adhérent ou d'un Ayant-droit, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation. En cas de demande de renonciation, la cotisation lui sera intégralement remboursée.

2.2 Date d'effet et renouvellement

Pour l'Adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion pour une période de douze (12) mois.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année pour une durée d'un (1) an, sauf résiliation par l'Assuré, soit :
- à l'échéance annuelle du contrat par notification de sa volonté au plus tard deux (2) mois avant la date de renouvellement, la résiliation devenant effective à la date annuelle de renouvellement.
- à tout moment en cours d'année, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai minimal de douze (12) mois à compter de la première adhésion au contrat, selon les conditions et modalités définies à l'article L.113-15-2 du Code des assurances. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (le 1er ou le 15 du mois suivant).

Dans tous les cas, l'Adhérent peut notifier sa demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances, selon les modalités suivantes, au choix de l'Assuré :
- soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- soit par une déclaration faite au siège social ou au sein d'une implantation de l'Assureur ;
- soit par un acte extrajudiciaire.

- soit, lorsque l'Assureur propose l'adhésion au présent contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Lorsque le contrat est résilié au titre de la résiliation infra-annuelle, l'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation de son contrat individuel.

L'adhésion peut également prendre fin dans l'un des cas suivants :
- **en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,**
- **à la date à laquelle l'Assuré n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,**
- **En cas de résiliation du contrat d'assurance groupe relatif à la présente notice d'information,**
- **Suite à la dissolution de l'Association souscriptrice.**

Dans le cas où l'Adhérent souhaite résilier son adhésion individuelle conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat individuel auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte de l'Assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation. Les organismes assureurs intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des bénéficiaires durant la procédure.

2.3 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

L'Association souscriptrice s'engage à communiquer à l'Adhérent ayant acquis la qualité d'Assuré les informations concernant le droit à renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance du contrat relatif à la présente notice d'information.

En cas de démarchage :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

''Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(…) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation''.

En cas de vente à distance :

Le contrat relatif à la présente notice d'information est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Il commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*). Le jour de la conclusion du contrat relatif à la présente notice d'information correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Modalités de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance : pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire de ***Moncey Assurances, 63 rue de Provence, 75009 Paris, France***, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion. Il peut utiliser le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e) … (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat MGENIB1100689SAN que j'ai signé(e) le … à …. (lieu d'adhésion) et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de …. € [Montant en euros]. Le … (Date et signature) ».

2.4 Effets de la renonciation (démarchage, vente à distance ou lors de la réception du certificat d'adhésion)

L'Assureur par l'intermédiaire de MSH International, procède alors au remboursement des cotisations versées **dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.**

L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire de MSH International de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3 – Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat, objet de la présente notice d'information sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances :

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.

Article L.114-2 du Code des assurances :
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 avec avis de réception adressée 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.

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 sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Les causes ordinaires de prescription prévues par le code civil sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil),**
- **La demande en justice (articles 2241 à 2243 du code civil),**
- **Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du code civil),**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de Prescription applicables aux cautions (article 2246 du code civil).**

4 – Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable, et dans la limite des dépenses supportées.

5 – Renseignements – Réclamation – Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat, objet de la présente notice d'information, et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser à leur interlocuteur habituel à :

Moncey Assurances,
63 rue de Provence, 75009 Paris, France.
Courriel : backoffice@moncey-assurances.com pour tout renseignement et réclamation sur :

- ✓ les conditions d'admission dans l'assurance
- ✓ le règlement des cotisations
- ✓ les sinistres

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.
Si la réponse ne satisfait pas l'attente des Adhérents, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à :

VYV International Benefits - Service Relations Clientèle, 3 Square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, France.
Courriel : clients@vyv-ib.com.

Après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Adhérent, ses Ayants-droit pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.
L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

6 – Fausse déclaration

TOUTE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, OMISSION OU DECLARATION INEXACTE DES CIRCONSTANCES DU RISQUE ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES PAR LE CODE DES ASSURANCES :

- **LA NULLITE DE VOTRE CONTRAT INDIVIDUEL EN CAS DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE (ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES) ; LES COTISATIONS PAYEES SONT ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A LE DROIT, A TITRE DE DEDOMMAGEMENT, AU PAIEMENT DE TOUTES COTISATIONS ECHUES. L'ASSURE DOIT REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE LE CONTRAT ;**
- **SI LA FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, N'EST PAS ETABLIE, AUGMENTATION DE LA COTISATION OU RESILIATION DU CONTRAT (ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES) ;**
- **SI LA FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE CONSTATEE APRES SINISTRE N'EST PAS ETABLIE, LA REDUCTION DE VOS INDEMNITES DANS LE RAPPORT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).**

7 – Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre VYV International Benefits et MSH International (39 Rue Mstislav Rostropovitch, 75017 Paris, France) précise les opérations relatives au contrat que l'Assureur lui délègue, notamment les obligations en matière d'acceptation des risques, de gestion des affiliations, gestion et recouvrement des cotisations, gestion des prestations santé et d'établissements de statistiques.

Une convention de délégation de gestion distincte entre VYV International Benefits et VYV International Assistance (VYV IA) précise les opérations relatives au contrat que l'Assureur lui délègue, notamment les obligations en matière de gestion des prestations d'assistance.

8 – Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données) et à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et règlementaires, et ce, en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Assureur et son Délégataire de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne concernent que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les assurés et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits par courrier, en produisant un titre d'identité, auprès de MSH International : dpo@s2hgroup.com, en produisant un titre d'identité. En cas de litige persistant, ils disposent du droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France.

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'assureur ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat. Ces données sont destinées au service médical de MSH International. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du médecin conseil : medical@msh-intl.com.

9 – Autorité de contrôle

L'organisme de contrôle de l'Assureur est l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

10 – Clause de limitation

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre de la présente notice d'information, si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et règlementations de la France, de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

11 – Pluralité de contrats

Les remboursements des frais occasionnés par une Maladie ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.
Dans cette limite, si un Assuré est couvert par un régime de Sécurité sociale local ou un contrat d'assurance de même nature, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un recours dans les conditions de l'article 4.

12 - Compétence des tribunaux et langue du contrat

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français. La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

Section 2 – Les Assurés

13 – Adhérents

Peuvent bénéficier des garanties du contrat les personnes physiques en mobilité internationale, ressortissantes de l'Union européenne ou non ressortissantes de l'Union européenne résidant au sein de l'Union européenne, adhérentes à l'Association Souscriptrice, et ayant souscrit auprès de cette dernière le présent contrat d'assurance santé.

La durée de résidence à l'Etranger est fixée à minimum six (6) mois.

Les pays de résidence exclus de la couverture sont les suivants : Bahamas, Biélorussie, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis d'Amériques, Liban, Maroc, Royaume-Uni, Russie, Suisse, Venezuela.

Sont également admissibles en tant qu'Ayants-droit, les membres de la famille de l'Adhérent s'ils remplissent les conditions d'admission.

14 – Conditions d'admission

Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation incluant un questionnaire de santé validé par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé. L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Les Adhérents précédemment assurés par un contrat d'assurance santé expatrié de la gamme Indigo Expat souscrit par l'intermédiaire d'Assurances et conseils Moncey et souhaitant une couverture d'assurance équivalente, remplissent un questionnaire de santé simplifié. Dans ce cas, il n'est pas appliqué de délai d'attente.

Pour les Adhérents souhaitant souscrire une assurance équivalente en dehors du cas visé ci-dessus, les délais d'attente ne sont pas appliqués, à l'exception du délai d'attente maternité.

Le questionnaire de santé complet et les délais d'attente sont appliqués pour toute autre nouvelle adhésion.

L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment ses déclarations via l'envoi des justificatifs correspondants à sa situation.

15 – Entrée en vigueur des garanties

15.1 Lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent expatrié qui prend la qualité d'Assuré à compter du premier ou du quinzième jour du mois qui suit la date de réception du bulletin individuel d'affiliation. La date d'effet est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les garanties au profit des Membres de la famille de l'Adhérent définis à la Section 3 de la présente notice d'information prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Adhérent principal ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

15.2 Zone de couverture
Les frais médicaux doivent avoir été exposés pendant la période d'assurance dans un des pays de la zone géographique de garantie correspondante pour laquelle les Assurés définis au Contrat sont couverts, soit :

Zone 4 : Chine, Hong Kong, Taiwan + Zones 3, 2, 1

Zone 3 : Barbade, Brésil, Féroé (îles), Polynésie, Saint Barthélémy, Saint Martin, Saint Pierre et Miquelon, Singapour, Wallis et Futuna + pays des Zones 2, 1

Zone 2 : Afrique du Sud, Angola, Arabie Saoudite, Argentine, Australie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Corée du Sud, Costa Rica, Djibouti, Equateur, Gibraltar, Géorgie, Guatemala, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Koweït, Malaisie, Mexique, Moldavie, Monaco, Mozambique, Nigéria, Nouvelle-Zélande, Oman, Panama, Pérou, Qatar, République Dominicaine, Seychelles, Thaïlande, Uruguay, Vanuatu, Vatican + Zone 1

Zone 1 : Monde entier hors pays des Zones 2 à 4 (incluant Albanie, Andorre, Allemagne, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Cambodge, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Monténégro, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Turquie, Ukraine, Vietnam)

Lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept (7) semaines en dehors de la zone de couverture choisie, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence tel que ces termes sont définis par le Contrat, à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les 24 heures. Dans le cas où le traitement engendre une prolongation de séjour sur place et dépasse les sept (7) semaines de séjour, le traitement reste entièrement pris en charge.

La zone de couverture est précisée sur le certificat d'adhésion.

Les pays de résidence exclus de la couverture sont les suivants : Bahamas, Biélorussie, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis d'Amériques, Liban, Maroc, Royaume-Uni, Russie, Suisse, Venezuela.

16 – Cessation ou suspension des garanties

16.1 Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personne assurable au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, sous réserve des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances.

Les garanties cessent en tout état de cause :

16.1.1 Pour chaque Adhérent :
- **à l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle ou infra-annuelle de son contrat d'assurance.**
- **dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes à laquelle le contrat s'applique, sous réserve d'en apporter la preuve écrite,**

- **en cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des assurances,**
- **en cas de fausse déclaration conformément à l'article 6 de la présente notice d'information,**
- **à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,**
- **en cas de décès, sauf demande d'adhésion de l'Ayant droit de l'Adhérent décédé dans les conditions de l'article 16,**
- **à l'échéance de l'année d'assurance de son 70ème anniversaire.**

16.1.2 Pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnes en mobilité internationale précitée :
- **à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance groupe, objet de la présente notice d'information.**

16.2 Les garanties cessent pour les Ayants droit (ou sont suspendues) :
- **à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessous, et en tout état de cause à la même date que pour l'Assuré.**

La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne, tant pour l'Assuré que pour les Ayants droit, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

Section 3 – Les garanties et prestations

17 – Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat :

17.1 soit l'Adhérent seul, défini à l'article 1.

17.2 soit l'Adhérent et les membres de sa famille (Ayants-droit) à la date de l'évènement donnant lieu à prestation :

Sont des **Ayants droit** de l'Assuré au titre du Contrat :

17.2.1 Le Conjoint de l'Assuré

- Le Conjoint marié de l'Assuré principal, ou
- Le Partenaire de l'Assuré avec lequel il a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS), ou union civile équivalente
- Le Concubin notoire de l'Assuré principal, remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :
  - qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
  - que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré avec production d'un certificat légalement reconnu par une autorité compétente dans le pays de concubinage ou d'un justificatif de domicile commun ou une attestation sur l'honneur de vie commune depuis au moins 6 mois. La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'Assuré.

Chaque Adhérent ne peut avoir qu'un seul bénéficiaire au titre de la qualité de Conjoint, Partenaire ou Concubin. Une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que Bénéficiaire.
En cas de divorce ou de séparation de corps, de rupture de partenariat ou fin de concubinage, l'Organisme assureur doit être averti par écrit par l'Assuré dès connaissance de l'évènement.

17.2.2 Les Enfant(s) à charge de l'Assuré

- Les enfants ni mariés, ni pacsés de l'Assuré et/ou de son Conjoint, étant au moins fiscalement à charge de l'Assuré et qui sont :
  - mineurs (i.e. âgés de moins de 18 ans), ou
  - quel que soit leur âge : s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité (article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles ou disposition équivalente) ou d'handicap délivrée par les autorités locales compétente (la preuve du handicap et de sa persistance devant être fournies), ou
  - ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
    - être âgés de moins de 24 ans,
    - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois).

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité sera requis à toute nouvelle adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire.
Si l'Assuré ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation fiscale française.

Pour être considérés comme Assurés, les Ayants-droit doivent être inscrits sur le certificat d'adhésion. Les garanties cessent pour les ayants droits à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus, et en tout état de cause à la même date que pour l'Adhérent. Tout changement de situation doit être porté à la connaissance de MSH International.

L'Assuré doit notamment déclarer son déménagement. En cas de résidence dans un pays exclu (une preuve écrite sera exigée), l'adhésion se termine au 1er ou au 15 du mois suivant la date de déménagement (ou suivant la date de réception de la demande).

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le Bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Par suite du décès de l'Adhérent principal, l'adhésion individuelle prend fin et un remboursement de la cotisation de l'année en cours est effectué au prorata si aucun sinistre n'a été remboursé. L'Assureur se réserve le droit de demander un acte de décès avant tout remboursement de la cotisation. Sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité, le premier Ayant droit indiqué sur le certificat d'adhésion peut demander à

devenir l'Adhérent principal et inclure les autres Ayants-droit dans la même adhésion individuelle.
Si cette demande est reçue dans les 28 jours du décès, l'Assureur peut ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions spécifiques, en plus des restrictions ou exclusions déjà applicables avant le décès.

18 – Prestations garanties

18.1 Choix de la formule

La formule de garanties est choisie par l'Adhérent lors de l'affiliation. Ce dernier a le choix entre les formules suivantes :

- **Indigo Expat WeCare 80**
- **Indigo Expat WeCare 90**
- **Indigo Expat WeCare 100**

Le choix peut être modifié ultérieurement par l'Adhérent, la date d'effet du changement de formule étant reportée à la date annuelle de renouvellement.

Le choix d'une formule supérieure est soumis à l'acceptation par l'Assureur d'un nouveau questionnaire de santé pour l'Assuré et ses éventuels Ayants droit, et à l'application du délai d'attente pour les garanties maternité.

Tout changement de formule, une fois accepté par l'Organisme assureur, donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

Pour les adhésions groupées (Adhérents, conjoint/ concubin/ partenaire et enfant mineurs), le choix de la formule doit être identique pour chaque assuré.

18.2 Nature des garanties

La garantie consiste à rembourser les frais de santé engagés par l'Assuré, et ce, dès le premier euro et dans la limite des frais réels et coûts habituels et raisonnables.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

En cas d'Hospitalisation, sont garantis les frais portant sur :

- L'Hospitalisation médicale en établissement public ou privé (à l'exception des établissements non conventionnés en France),
- L'Hospitalisation et l'intervention chirurgicale. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie,
- Les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une Hospitalisation,
- Le transport du malade en ambulance.

Le transport local d'urgence par ambulance est couvert à l'intérieur d'un même pays, en cas d'Hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.
Pour toute Hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur est requise, sauf en cas d'Hospitalisation d'urgence telle que définie à la Section 6 de la présente notice d'information.
Dans les autres cas, toutes les garanties sont détaillées au tableau des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

18.3 Tableaux des garanties

Les Assurés sont couverts par l'un des niveaux de garantie du tableau de garantie en annexe. Aussi, ils sont garantis d'être couverts pour l'ensemble des prestations mentionnées dans le tableau de garanties. Ils ne seront pas couverts pour des prestations qui ne seraient pas mentionnées dans le tableau.

Les garanties et les plafonds de garantie mentionnés dans le tableau de garanties sont exprimés en frais réels, par Assuré et par année d'assurance. Les remboursements des frais médicaux sont effectués dans la devise choisie par l'Assuré à concurrence des maximas indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

Frais réels : le caractère raisonnable et habituel est apprécié en fonction des tarifs couramment pratiqués par les établissements et praticiens, de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins médicaux sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays) et est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays.

Le caractère déraisonnable et inhabituel des frais engagés peut donc entrainer un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement (déduire le montant pris en charge au prorata des tarifs habituellement et raisonnablement pratiqués).

Plafond de garanties :
Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans les tableaux des garanties en annexe :

- Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum réglé pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier.
- Certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut être appliqué soit par année d'assurance, pour la durée de couverture de l'Assuré, ou par événement (voyage, séance, grossesse).

L'Assureur peut prendre en charge un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 65 % des frais réels, jusqu'à 5 000 € ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un.

18.4 Déclaration des sinistres
L'imprimé de déclaration est adressé à MSH International accompagné des pièces justificatives demandées.

La déclaration est accompagnée des pièces justificatives demandées par l'Assureur. Aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est acceptée. Par exception, les copies scannées envoyées par Email sont autorisées pour toute facture dont le montant est **inférieur à 1000 euros par facture**, sous réserve que l'Assuré conserve les originaux.

Dans ce cas, l'Assuré doit conserver les originaux pendant une durée de 24 mois à compter de la date de traitement. Pendant cette période, l'Assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré fournit les pièces justificatives suivantes :

- en cas d'Hospitalisation : les justificatifs de l'hospitalisation (factures acquittées, notes d'honoraires, bulletin d'hospitalisation), indiquant le nom de l'établissement et du patient, la date des soins et le coût des soins,
- en cas de maladie : les prescriptions médicales et les factures détaillées,
- en cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
- pour le règlement des soins : l'Assuré doit transmettre un relevé d'identité bancaire (soit lors de son adhésion soit à la 1ère demande de remboursement).

Tout autre justificatif destiné à compléter le dossier peut être demandé.
L'Assureur, via MSH International, se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués et de demander à tout Assuré que celui-ci lui fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à ses dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par un Assuré qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et le remboursement des sommes indûment payées par l'Organisme assureur sur la base de ces données incorrectes.

L'ADHÉRENT QUI NE RÉPOND PAS AUX DEMANDES DE PIÈCES COMPLÉMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE, SAUF ACCORD EXCEPTIONNEL DE L'ASSUREUR.

19 - Accord préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'accord préalable de l'Organisme assureur, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas où les garanties des tableaux des garanties en annexe comprennent un astérisque (1) ou (2).

Sauf en cas d'urgence, chaque admission en hôpital, nécessitant une acceptation préalable selon le tableau des garanties, doit être notifiée à l'Organisme assureur au moins deux (2) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu. L'acceptation de l'Organisme assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

En l'absence d'une demande d'accord préalable, lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel cet accord est nécessaire, l'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement.

Si par la suite, le traitement s'avère médicalement justifié, l'Organisme assureur remboursera alors **80 % des dépenses hospitalières et 50 % du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursées.**

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'urgence telle que définie au contrat. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Organisme assureur dans les quarante-huit (48) heures ou dès que possible en cas de force majeure. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

20 – Limitation des remboursements aux frais réels

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit (article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

La limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

L'Assureur réserve la possibilité de demander la justification des frais, et peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, les indemnités trop perçues. L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

21 – Garanties d'Assistance-Rapatriement

VYV IA ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de VYV IA, après contact avec le médecin traitant sur place et éventuellement la famille de l'Assuré.

21.1 EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état de L'Assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, VYV IA organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays susceptible d'assurer les soins ;
- soit le rapatriement au Domicile de l'Assuré s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche. Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants : avion sanitaire, avion des lignes régulières, train, wagon-lit, bateau, ambulance.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée ne serait pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile de l'Assuré. Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, VYV IA organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile.

Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire

Si l'Assuré est transporté dans les conditions définies au paragraphe 1 « Rapatriement ou transport sanitaire » et s'il n'est pas accompagné d'un médecin ou d'un infirmier, VYV IA organise et prend en charge le voyage d'une personne se trouvant sur place pour accompagner l'Assuré.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement

Si l'ASSURE est transporté dans les conditions définies au paragraphe 1 « Rapatriement ou transport sanitaire », VYV IA organise et prend en charge le voyage des membres de la famille assurés se trouvant sur place pour accompagner l'ASSURE et ce, à concurrence de la somme figurant au tableau des garanties.

Présence auprès de l'ASSURE hospitalisé

VYV IA organise et prend en charge à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties, le séjour à l'hôtel d'une personne qui reste au chevet de l'Assuré hospitalisé, dont l'état ne justifie pas ou empêche un rapatriement immédiat. VYV IA prend également en charge le retour en France métropolitaine de cette personne (où à son pays de Domicile) si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus. Si l'hospitalisation doit dépasser dix jours, et si personne ne reste au chevet de l'Assuré, VYV IA prend en charge les frais de transport au départ de la France métropolitaine (en train 1ere classe ou en avion classe économique) d'une personne désignée par l'Assuré, VYV IA organise également le séjour à l'hôtel de cette personne à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

21.2 PRESTATIONS EN CAS DE DECES

Transport de corps

VYV IA organise et prend en charge le transport du corps de l'Assuré depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation au Domicile de l'Assuré ou dans son pays d'origine.

VYV IA prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps, dont le coût d'un cercueil à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles.

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, VYV IA organise et prend en charge les frais de transport du corps de l'Assuré jusqu'au lieu d'inhumation définitive au Domicile de l'Assuré ou dans son pays d'origine, après expiration des délais légaux d'exhumation.

Autres prestations

VYV IA organise et prend en charge le retour au pays de Domicile de l'Assuré ou dans son pays d'origine jusqu'au lieu d'inhumation, des autres Assurés se trouvant sur place s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Dans le cas où des raisons administratives imposeraient une inhumation provisoire ou définitive sur place, VYV IA organise et prend en charge le transport aller et retour (en train 1ere classe ou en avion classe économique) d'un membre de la famille pour se rendre de son domicile, jusqu'au lieu d'inhumation, ainsi que son séjour à l'hôtel.

VYV IA organise également le séjour à l'hôtel du membre de la famille qui doit se déplacer, et prend en charge les frais réels à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit avec un maximum de 3.000 € TTC.

21.3 ECOUTE ET SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

L'intervention de psychologues

VYV IA met en relation l'Assuré avec des psychologues psychocliniciens.

Ces psychologues, tous titulaires d'un DESS de psychologie clinique, répondent à l'appel qui leur est fait, grâce à une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante, non interventionniste.

VYV IA organise et prend en charge un entretien téléphonique qui dure trente minutes avec un maximum de cinq fois par personne et par événement. Au-delà, le psychologue orientera l'Assuré vers un psychologue en ville.

Le bénéfice de cette garantie doit être demandé dans les six mois maximums de la survenance d'un sinistre

corporel et dans le mois au plus tard de la survenance d'un sinistre matériel.

SONT EXPRESSEMENT EXCLUS LES TRAUMATISMES NON LIES DIRECTEMENT A UN EVENEMENT ASSURE AU TABLEAU DES GARANTIES, LES CONSULTATIONS RELEVANT D'UN AUTRE DOMAINE QUE LE DOMAINE PSYCHOLOGIQUE (ACCOMPAGNEMENT PSYCHIATRIQUE, PSYCHOTHERAPEUTIQUE), LA SIMPLE ECOUTE CONVIVIALE. LES EXCLUSIONS DES CONDITIONS GENERALES SONT APPLICABLES AUX PRESENTES CONVENTIONS SPECIALES.

21.4 RETOUR PREMATURE

Si l'Assuré doit interrompre son voyage :

- afin d'assister aux obsèques d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant direct, frère, sœur), VYV IA organise et prend en charge le transport (en train 1ere classe ou en avion classe économique) de l'Assuré depuis le lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation dans son Domicile ou dans son pays d'origine.
- en cas d'accident ou maladie imprévisible et grave affectant un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant direct), VYV IA organise et prend en charge, après accord du médecin de VYV IA, le transport (en train 1ere classe ou en avion classe économique) de l'Assuré afin de lui permettre de venir au chevet du proche, au pays du Domicile de l'Assuré ou dans son pays d'origine.
- en cas de dommages matériels importants survenus au domicile de l'Assuré lors d'un séjour dans un autre pays, détruits à plus de 50 % et nécessitant impérativement sa présence sur les lieux, VYV IA organise et prend en charge le transport (en train 1ère classe ou en avion classe économique) de l'Assuré afin de lui permettre de regagner son domicile.

A la suite du retour prématuré de l'Assuré, VYV IA organise et prend en charge le retour (en train 1ere classe ou en avion classe économique) de l'Assuré vers son lieu de séjour pour permettre le retour de son véhicule ou des autres Assurés, par les moyens initialement prévus.

21.5 AVANCE DE LA CAUTION PENALE ET PAIEMENT DES FRAIS D'AVOCAT

Cette garantie est acquise uniquement en dehors du pays d'origine de l'Assuré.

Si en cas d'infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve, l'Assuré est astreint au versement d'une caution pénale, VYV IA en fait l'avance à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

VYV IA règle les honoraires d'avocat des représentants judiciaires auxquels l'Assuré pourrait faire appel à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties.

L'Assuré s'engage à rembourser l'avance faite au titre de la caution pénale dans un délai de trente jours à compter de la restitution de cette dernière par les autorités.

Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées dans le pays d'origine de l'Assuré, par suite de faits survenus à l'étranger.

Les infractions intentionnelles n'ouvrent pas droit aux prestations « Avance de caution pénale » et « Paiement des honoraires d'avocat ».

21.6 ASSISTANCE EN CAS DE VOL, PERTE OU DESTRUCTION DES PAPIERS OU DES MOYENS DE PAIEMENT

Lors d'une mission, en cas de perte ou de vol de papiers, VYV IA apporte un conseil dans les démarches à accomplir (dépôt de plaintes, renouvellement de papiers, etc…).

En cas de vol ou de perte des moyens de paiement (carte de crédit, chéquier), VYV IA accorde, moyennant le versement de la somme correspondante par un tiers et après accord préalable de l'organisme financier émetteur du titre de paiement, une avance de fonds à concurrence du montant indiqué au Tableau des Garanties afin de faire face à des dépenses de première nécessité

21.7 ENVOI DE MEDICAMENTS

VYV IA prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible à l'Assuré de se les procurer ou d'obtenir leur équivalent. Le coût de ces médicaments reste à la charge de l'Assuré.

21.8 TRANSMISSION DE MESSAGES

VYV IA transmet les messages de caractère privé, destines à l'assure lorsqu'il ne peut être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation ou laisses par lui a l'attention d'un membre de sa famille.

21.9 CONSEILS VIE QUOTIDIENNE

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 21h00 (sauf jours fériés), sur simple appel téléphonique, VYV IA communique à l'Assuré les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- Aéroports
- Presse internationale
- Compagnies aériennes
- Monnaie
- Trains du monde
- Change des devises
- Données économiques du pays visité
- Restaurants
- Informations administratives
- Locations de voitures

- Ambassades
- Permis international
- Visas
- Climat, météo
- Formalités police / douane
- Santé, hygiène
- Décalage horaire
- Vaccination.
- Téléphone

LIMITES D'INTERVENTION DE VYV IA
Sont exclus :
-Toute consultation juridique personnalisée ou tout examen de cas particulier,
- Toute aide à la rédaction d'actes,
- Toute prise en charge de litige,
-Toute prise en charge de frais, rémunération de services,
- Tout conseil ou diagnostic en matière médicale.

Concernant le domaine particulier de renseignements financiers, VYV IA ne pourra procéder à aucune étude comparative sur la qualité des contrats, services, taux pratiqués par les établissements financiers, et exclut toute présentation ou exposé d'un produit particulier.
En aucun cas, VYV IA n'exprimera, en réponse à une question mettant en jeu le droit et sa pratique, un avis personnel ou un conseil fondé sur les règles juridiques de nature à permettre à la personne qui reçoit le renseignement de prendre une décision.
Les réponses ne feront pas l'objet de confirmation écrite ni d'envoi de documents.

MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement par l'ASSURE (ou toute personne agissant en son nom) par tous les moyens précisés ci-après :
- par téléphone : +33 5 86 85 00 59
- par email : ops@vyv-ia.com pour les demandes d'assistance ou à authorization@vyv-ia.com pour les prises en charge.

Section 4 – Risques et prestations exclues

22 – Risques exclus pour les garanties Santé

LES FRAIS ENGAGES NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR S'ILS RESULTENT DES FAITS SUIVANTS :
- **UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE COUVERTE, OU RESULTENT DE MUTILATIONS VOLONTAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE, SAUF SI LA PERSONNE COUVERTE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT,**
- **TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAINER LA GARANTIE DU CONTRAT ET TOUTE CONSEQUENCE D'UNE PROCEDURE PENALE DONT L'ASSURE FAIT L'OBJET,**
- **UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.**
- **LES CONSEQUENCES DE TOUS LES SPORTS PRATIQUES A TITRE PROFESSIONNEL.**
- **LES CONSEQUENCES DES SPORTS OU ACTIVITES DE LOISIRS SUIVANTS : LE SAUT A SKI, L'ALPINISME, LE SKI NAUTIQUE, LA PLONGEE OU LA PECHE SOUS-MARINE AU-DELA DE 20 METRES, LA CHASSE, LES SPORTS DE COMBAT OU ARTS MARTIAUX NON PRATIQUES DANS UN CLUB, LE CANYONING ET LE RAFTING.**
- **LES CONSEQUENCES DES RISQUES AERIENS SE RAPPORTANT A :**
  - **DES COMPETITIONS ORGANISEES DANS UN CADRE OFFICIEL OU PRIVE, DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS, RAIDS,**
  - **DES VOLS D'ESSAI, VOLS SUR PROTOTYPE,**
  - **DES VOLS EFFECTUES AVEC UN DELTAPLANE OU UN ENGIN ULTRA LEGER MOTORISE (ULM),**
  - **DES SAUTS EFFECTUES AVEC UN ELASTIQUE, UN PARACHUTE, UN PARAPENTE OU UN WINGSUIT,**
  - **DES VOLS OU SAUTS EFFECTUES AVEC TOUT AUTRE MATERIEL SI LE MATERIEL OU LE VOL OU LE SAUT NE SONT PAS HOMOLOGUES,**
  - **DES VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDE.**
- **LES CONSEQUENCES DE RISQUES PROVENANT DE L'USAGE DE VEHICULES A MOTEUR, ENCOURUS A L'OCCASION DE COMPETITIONS ORGANISEES DANS UN CADRE OFFICIEL OU PRIVE, DE COURSES DE VITESSE, DEMONSTRATIONS OU ACROBATIES.**

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à l'Association. Celle-ci peut refuser cette modification et résilier son contrat en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'Avenant envoyé par l'Assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus. L'Association souscriptrice prévient l'Adhérent de la résiliation.

23 – Prestations exclues pour les garanties Santé

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT :

ACQUISITION D'UN ORGANE : **LES DEPENSES OCCASIONNEES LORS DE L'ACQUISITION D'UN ORGANE, TELLES QUE LA RECHERCHE D'UN DONNEUR, LES TESTS DE COMPATIBILITE, LA**

COLLECTE, LE TRANSPORT ET LES FRAIS ADMINISTRATIFS.

BLESSURES RESULTANT D'UNE PARTICIPATION A DES ACTIVITES SPORTIVES PROFESSIONNELLES : **LES TRAITEMENTS OU PROCEDURES DIAGNOSTIQUES POUR DES BLESSURES RESULTANT D'UNE PARTICIPATION A DES ACTIVITES SPORTIVES PROFESSIONNELLES.**

CHIRURGIE PLASTIQUE : **TOUT TRAITEMENT PRODIGUE PAR UN CHIRURGIEN PLASTICIEN, QUE CE SOIT POUR DES RAISONS MEDICALES/PSYCHOLOGIQUES OU NON, AINSI QUE TOUT TRAITEMENT COSMETIQUE OU ESTHETIQUE AFIN DE METTRE EN VALEUR VOTRE APPARENCE, MEME LORSQUE CES SOINS ONT ETE MEDICALEMENT PRESCRITS.**
L'EXCEPTION A CETTE EXCLUSION EST LA CHIRURGIE REPARATRICE DANS LE BUT DE RETABLIR UNE FONCTION OU UN ASPECT PHYSIQUE APRES UN ACCIDENT DEFIGURANT, OU A LA SUITE D'UNE CHIRURGIE LIEE AU TRAITEMENT D'UN CANCER, A CONDITION QUE L'ACCIDENT OU L'ACTE CHIRURGICAL SOIT SURVENU DURANT VOTRE AFFILIATION AU CONTRAT.

COMPLICATIONS CAUSEES PAR DES PATHOLOGIES QUI NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR LE CONTRAT : **LES FRAIS ENGENDRES PAR DES COMPLICATIONS CAUSEES DIRECTEMENT PAR UNE MALADIE OU UNE BLESSURE NON PRISE EN CHARGE, OU PRISE EN CHARGE PARTIELLEMENT, SELON LES CONDITIONS DU CONTRAT.**

CONSULTATIONS PRATIQUEES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE : **TOUTE CONSULTATION PRATIQUEE, DE MEME QUE TOUT MEDICAMENT OU SOIN PRESCRIT PAR VOUS, VOTRE CONJOINT, PAR L'UN DE VOS PARENTS OU L'UN DE VOS ENFANTS.**

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITE : **LE TRAITEMENT DES MALADIES DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LIEES A UNE CONTAMINATION CHIMIQUE, A LA RADIOACTIVITE OU A TOUT MATERIAU NUCLEAIRE, Y COMPRIS LA FISSION DU COMBUSTIBLE NUCLEAIRE.**

DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX : **LE DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX, A MOINS QUE LE CANCER SPECIFIQUE EN QUESTION NE VOUS AIT ETE DIAGNOSTIQUE PRECEDEMMENT. DANS CE CAS, LA COUVERTURE EST ASSUREE PAR LA GARANTIE « ONCOLOGIE ».**

ÉCHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MEDICAL
LE TRAITEMENT NECESSAIRE SUITE A L'ECHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MEDICAL.

ERREUR MEDICALE : **LE TRAITEMENT NECESSAIRE SUITE A UNE ERREUR MEDICALE.**

FACETTES DENTAIRES : **LES FACETTES DENTAIRES ET PROCEDURES CONNEXES, SAUF SI ELLES SONT MEDICALEMENT NECESSAIRES.**

FRAIS DE TRANSPORT : **LES FRAIS DE TRANSPORT VERS ET DEPUIS LES ETABLISSEMENTS MEDICAUX (DONT LES FRAIS DE PARKING) POUR UN TRAITEMENT PRIS EN CHARGE, SAUF LES FRAIS DE TRANSPORT COUVERTS PAR LES GARANTIES « TRANSPORT LOCAL EN AMBULANCE », « ÉVACUATION MEDICALE » ET « RAPATRIEMENT SANITAIRE ».**

GESTATION POUR AUTRUI : **TOUT TRAITEMENT DIRECTEMENT LIE A LA GESTATION POUR AUTRUI, QUE VOUS SOYEZ LA MERE PORTEUSE OU LE PARENT D'ACCUEIL.**

HONORAIRES DE MEDECIN POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT : **LES HONORAIRES DE MEDECIN POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU D'AUTRES FRAIS ADMINISTRATIFS.**

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : **L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, SAUF EN CAS DE DANGER POUR LA VIE DE LA FEMME ENCEINTE.**

MALADIES CAUSEES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGEES : **LE SOIN OU TRAITEMENT DES MALADIES CAUSEES INTENTIONNELLEMENT OU DES BLESSURES AUTO-INFLIGEES, Y COMPRIS LES TENTATIVES DE SUICIDE.**

NAVIRE EN MER : **LES EVACUATIONS MEDICALES/RAPATRIEMENTS DEPUIS UN NAVIRE EN MER VERS UN CENTRE MEDICAL SUR LA TERRE FERME.**

ORTHOPHONIE **: L'ORTHOPHONIE POUR TRAITER LE RETARD DE DEVELOPPEMENT, LA DYSLEXIE, LA DYSPRAXIE OU LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE L'EXPRESSION.**

PARTICIPATION A UNE GUERRE OU A DES ACTES CRIMINELS **: LE TRAITEMENT DES MALADIES OU DES BLESSURES, AINSI QUE LES CAS DE DECES, SUITE A UNE PARTICIPATION ACTIVE A UNE GUERRE, DES EMEUTES, DES DESORDRES CIVILS, DES ACTES TERRORISTES, DES ACTES CRIMINELS, DES ACTES ILLEGAUX OU A DES ACTES CONTRE UNE INTERVENTION ETRANGERE, QUE LA GUERRE AIT ETE DECLAREE OU NON.**

PATHOLOGIES PREEXISTANTES **: LES PATHOLOGIES PREEXISTANTES (Y COMPRIS LES PATHOLOGIES CHRONIQUES PREEXISTANTES) INDIQUEES SUR LE FORMULAIRE DE CONDITIONS PARTICULIERES ENVOYE AVANT LE DEBUT DE VOTRE ADHESION (LE CAS ECHEANT), AINSI QUE LES PATHOLOGIES NON DECLAREES SUR LE BULLETIN D'ADHESION APPROPRIE. EN OUTRE, LES PROBLEMES DE SANTE APPARAISSANT ENTRE LA DATE DE SIGNATURE DU BULLETIN D'ADHESION ET LA DATE D'EFFET DE LA POLICE**

SERONT EGALEMENT CONSIDERES COMME PATHOLOGIES PREEXISTANTES. CES PATHOLOGIES DEVRONT EGALEMENT ETRE SOUMISES A UNE SOUSCRIPTION MEDICALE, ET NE SERONT PAS COUVERTES SI ELLES NE SONT PAS DECLAREES.

PERTE OU REMPLACEMENT DES CHEVEUX : LES DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS LIES A LA PERTE, A L'IMPLANT OU AU REMPLACEMENT DE CHEVEUX, A MOINS QUE LA PERTE DES CHEVEUX NE SOIT DUE AU TRAITEMENT D'UN CANCER.

PRE ET POSTNATAL : LES COURS PRE ET POSTNATALS.

PRODUITS ACHETES SANS ORDONNANCE : LES MEDICAMENTS QUI PEUVENT ETRE ACHETES SANS ORDONNANCE, A MOINS QU'UNE GARANTIE SPECIFIQUE COUVRANT CES FRAIS N'APPARAISSE DANS VOTRE TABLEAU DES GARANTIES.

RETARD DE DEVELOPPEMENT : LE RETARD DE DEVELOPPEMENT, SAUF SI L'ENFANT N'A PAS ATTEINT LE NIVEAU DE DEVELOPPEMENT PREVU POUR UN ENFANT DE SON AGE DANS LE DOMAINE COGNITIF OU PHYSIQUE. LES TRAITEMENTS NE SONT PAS PRIS EN CHARGE LORSQUE LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT EST LEGEREMENT OU TEMPORAIREMENT EN RETARD. LE RETARD DE DEVELOPPEMENT, COGNITIF ET/OU PHYSIQUE, DOIT AVOIR ETE MESURE QUANTITATIVEMENT PAR UNE PERSONNE QUALIFIEE ET AVOIR ETE ESTIME A 12 MOIS.

SEJOURS EN CENTRE DE CURE : TOUT SEJOUR EN CENTRE DE CURE, STATION THERMALE, CENTRE DE REMISE EN FORME, ETABLISSEMENT DE CONVALESCENCE OU MAISON DE REPOS, MEME SI CE SEJOUR EST MEDICALEMENT PRESCRIT.

SOINS AUX ÉTATS-UNIS : LES TRAITEMENTS REÇUS AUX ÉTATS-UNIS, SI NOUS SAVONS OU SOUPÇONNONS QUE L'AFFILIE(E) A SOUSCRIT L'ASSURANCE DANS LE BUT DE SE RENDRE AUX ÉTATS-UNIS AFIN D'Y RECEVOIR UN TRAITEMENT ET SI LES SYMPTOMES DE LA PATHOLOGIE CONCERNEE ETAIENT CONNUS DE L'ASSURE(E) AVANT SA SOUSCRIPTION. POUR TOUT REMBOURSEMENT VERSE LE CAS ECHEANT, NOUS NOUS RESERVONS LE DROIT D'EXIGER AUPRES DE L'ASSURE(E) LE REMBOURSEMENT DE CES FRAIS.

SOINS ORTHOMOLECULAIRES : POUR LES SOINS ORTHOMOLECULAIRES, VEUILLEZ CONSULTER LA DEFINITION « ORTHOMOLECULAIRE ».

STERILISATION, DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTION : LES DIAGNOSTICS, TRAITEMENTS OU COMPLICATIONS LIES A LA STERILISATION, A DES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS (A MOINS QUE CE TROUBLE NE SOIT LIE A UNE PROSTATECTOMIE TOTALE A LA SUITE DE L'OPERATION D'UN CANCER) ET A LA CONTRACEPTION, Y COMPRIS L'INSERTION OU L'EXTRACTION D'APPAREILS CONTRACEPTIFS ET TOUT AUTRE CONTRACEPTIF, MEME S'ILS SONT PRESCRITS POUR DES RAISONS MEDICALES. LA SEULE EXCEPTION A CETTE EXCLUSION EST LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTIFS POUR SOIGNER L'ACNE, S'ILS SONT PRESCRITS PAR UN DERMATOLOGUE.

TESTS GENETIQUES : LES TESTS GENETIQUES, A MOINS QUE DES TESTS GENETIQUES SPECIFIQUES NE FASSENT PARTIE DE VOTRE COUVERTURE, ET A L'EXCEPTION DES TESTS D'ADN DIRECTEMENT LIES A UNE AMNIOCENTESE, A SAVOIR POUR LES FEMMES AGEES DE 35 ANS OU PLUS. LES TESTS POUR LES RECEPTEURS GENETIQUES TUMORAUX SONT COUVERTS.

TESTS TRIPLES (BART'S), QUADRUPLES OU POUR LE SPINA BIFIDA : LES TESTS TRIPLES (BART'S) OU QUADRUPLES, OU LES TESTS POUR LE SPINA BIFIDA, HORMIS POUR LES FEMMES DE 35 ANS OU PLUS.

THERAPIE ET CONSEILS FAMILIAUX : LES COUTS LIES A DES TRAITEMENTS AMBULATOIRES DE PSYCHOTHERAPIE AVEC UN THERAPEUTE OU CONSEILLER FAMILIAL.

TOXICOMANIE OU ALCOOLISME : LES SOINS OU TRAITEMENTS DE LA TOXICOMANIE OU DE L'ALCOOLISME (Y COMPRIS LES PROGRAMMES DE DESINTOXICATION ET LES TRAITEMENTS POUR ARRETER DE FUMER), LES CAS DE DECES, OU LES TRAITEMENTS DE TOUTE PATHOLOGIE QUI EST A NOTRE AVIS LIEE, OU RESULTE DIRECTEMENT DE L'ALCOOLISME OU D'UNE ADDICTION (EX : DEFAILLANCE D'ORGANE OU DEMENCE).

TRAITEMENT DE L'OBESITE : LES TESTS ET TRAITEMENTS LIES A L'OBESITE.

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE DE COUVERTURE : LES TRAITEMENTS PENDANT LES SEJOURS D'UNE DUREE SUPERIEURE A 7 SEMAINES EN DEHORS DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE DE COUVERTURE ET N'AYANT PAS UN CARACTERE D'URGENCE.

TRAITEMENT PARAMEDICAL : LES TRAITEMENTS PARAMEDICAUX, A L'EXCEPTION DES TRAITEMENTS INDIQUES DANS LE TABLEAU DES GARANTIES.

TRAITEMENTS OU MEDICAMENTS EXPERIMENTAUX OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVES : TOUTE FORME DE TRAITEMENT OU DE MEDICAMENT QUI NOUS SEMBLE EXPERIMENTAL OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVES CONFORMEMENT AUX PRATIQUES MEDICALES GENERALEMENT RECONNUES.

TRAITEMENTS QUI NE SONT PAS INDIQUES DANS VOTRE TABLEAU DES GARANTIES : LES TRAITEMENTS, FRAIS ET PROCEDURES SUIVANTS, ET TOUTE CONSEQUENCE NEGATIVE OU COMPLICATION EN RESULTANT :

- PARODONTOLOGIE,
- ACCOUCHEMENT A DOMICILE.
- TRAITEMENT PREVENTIF.

TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU COMPORTEMENT : LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT OU DE L'ATTENTION, DE L'HYPERACTIVITE, DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE, DES TROUBLES DE L'OPPOSITION ET DU DEFI, DES COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX, DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS, DES TROUBLES PHOBIQUES, DES TROUBLES AFFECTIFS, DES TROUBLES D'ADAPTATION, DES TROUBLES ALIMENTAIRES, DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE AINSI QUE TOUT TRAITEMENT QUI ENCOURAGE DES RELATIONS SOCIO-EMOTIONNELLES POSITIVES TEL QUE LA THERAPIE FAMILIALE, SAUF INDICATION CONTRAIRE DANS LE TABLEAU DES GARANTIES.

TROUBLES DU SOMMEIL : LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU SOMMEIL, Y COMPRIS L'INSOMNIE, L'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL, LA NARCOLEPSIE, LE RONFLEMENT ET LE BRUXISME.

VISITES A DOMICILE : LA VISITE A DOMICILE D'UN MEDECIN A MOINS QUE CELLE-CI N'AIT ETE RENDUE NECESSAIRE PAR L'APPARITION SOUDAINE D'UNE MALADIE EMPECHANT L'ASSURE(E) DE SE RENDRE CHEZ UN MEDECIN GENERALISTE, SPECIALISTE OU TOUT AUTRE THERAPEUTE.

VITAMINES ET MINERAUX : LES PRODUITS CLASSES COMME VITAMINES OU MINERAUX (SAUF AU COURS D'UNE GROSSESSE OU POUR TRAITER UNE DEFICIENCE CLINIQUE MAJEURE EN VITAMINES), DE MEME QUE LES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES TELS QUE LES LAITS MATERNISES ET LES PRODUITS COSMETIQUES SPECIAUX, MEME LORSQUE CEUX-CI ONT ETE MEDICALEMENT RECOMMANDES, PRESCRITS, OU BIEN RECONNUS POUR AVOIR DES EFFETS THERAPEUTIQUES.

LES FRAIS DE CONSULTATIONS AUPRES DE NUTRITIONNISTES OU DIETETICIENS NE SONT PAS COUVERTS, A MOINS QU'UNE GARANTIE SPECIFIQUE N'APPARAISSE DANS LE TABLEAU DES GARANTIES.

D'UNE MANIERE GENERALE, ET SAUF EN CE QUI CONCERNE LES PROTHESES DENTAIRES OU LES LENTILLES DE CONTACT, IL EST FAIT REFERENCE AUX REGLES D'ACCEPTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE FRANÇAISE.

IL NE POURRA ETRE PROCEDE A AUCUN PAIEMENT A DESTINATION, DIRECTE OU INDIRECTE, D'UN PAYS SOUMIS A SANCTIONS, TEL QU'EDICTE, PAR EXEMPLE, PAR LES NATIONS UNIES, *L'OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL* (OFAC) DU TRESOR AMERICAIN OU L'UNION EUROPEENNE.

LES FRAIS MEDICAUX JUGES SOMPTUAIRES, DERAISONNABLES OU INHABITUELS, COMPTE TENU DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ETE ENGAGES, PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

24 – Risques et prestations exclus pour les garanties Assistance-Rapatriement

SONT EXCLUS :
LES CONVALESCENCES ET LES AFFECTIONS (MALADIE, ACCIDENT) EN COURS DE TRAITEMENT NON ENCORE CONSOLIDEES.

LES MALADIES PREEXISTANTES DIAGNOSTIQUEES ET/OU TRAITEES, AYANT FAIT L'OBJET D'UNE HOSPITALISATION DANS LES SIX MOIS PRECEDANT LA DEMANDE D'ASSISTANCE.

LES VOYAGES ENTREPRIS DANS UN BUT DE DIAGNOSTIC ET/OU DE TRAITEMENT. LES ETATS DE GROSSESSE, SAUF COMPLICATION IMPREVISIBLE, ET DANS TOUS LES CAS, A PARTIR DE LA TRENTE-SIXIEME SEMAINE DE GROSSESSE.

LES ETATS RESULTANT DE L'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS ET PRODUITS ASSIMILES NON PRESCRITS MEDICALEMENT, DE L'ABSORPTION D'ALCOOL.

LES CONSEQUENCES DE TENTATIVE DE SUICIDE.

LES DOMMAGES PROVOQUES INTENTIONNELLEMENT PAR UN ASSURE OU CEUX RESULTANT DE SA PARTICIPATION A UN CRIME, A UN DELIT OU UNE RIXE, SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE.

LES EVENEMENTS SURVENUS LORS DE LA PRATIQUE DE SPORTS DANGEREUX (RAIDS, TREKKINGS, ESCALADES...) OU DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE EN TANT QUE CONCURRENT A DES COMPETITIONS SPORTIVES, PARIS, MATCHS, CONCOURS, RALLYES OU A LEURS ESSAIS PREPARATOIRES, AINSI QUE L'ORGANISATION ET LA PRISE EN CHARGE DE TOUS FRAIS DE RECHERCHE.

LES CONSEQUENCES D'UNE INOBSERVATION VOLONTAIRE DE LA REGLEMENTATION DES PAYS VISITES, OU DE PRATIQUES NON AUTORISEES PAR LES AUTORITES LOCALES.
LES CONSEQUENCES DE RADIATIONS IONISANTES EMISES PAR DES COMBUSTIBLES NUCLEAIRES OU PAR DES PRODUITS OU DECHETS RADIOACTIFS, OU CAUSES PAR DES ARMES OU DES ENGINS DESTINES A EXPLOSER PAR MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU DE L'ATOME.

LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, DE SAISIES OU CONTRAINTES PAR LA FORCE PUBLIQUE.

LES CONSEQUENCES D'EMEUTES, DE GREVES, DE PIRATERIES, LORSQUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE.

LES CONSEQUENCES D'EMPECHEMENTS CLIMATIQUES TELS QUE TEMPETES ET OURAGANS.

LES FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS DE PERSONNE EN MONTAGNE, EN MER OU DANS LE DESERT. LES FRAIS DE SECOURS SUR PISTE (ET HORS PISTE) DE SKI.

Section 5 – Les cotisations

25 – Calcul et règlement des cotisations par l'Adhérent

253.1 Montant des cotisations
Les cotisations pour chaque année d'assurance sont calculées en fonction de l'âge de chaque affilié(e) à la date d'adhésion puis à la date de renouvellement de l'adhésion, de la formule et de la zone de couverture.

Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples et des enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil) sont couverts dès la naissance sans formalité médicale, à condition que l'Assureur en soit informé dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que l'un des parents biologiques ou parents d'accueil ait été couvert par l'Assureur depuis au moins six mois consécutifs. Cette adhésion est soumise au paiement de la cotisation.
Afin d'ajouter un nouveau-né, l'Adhérent en fait la demande à MSH International accompagnée d'une photocopie de l'acte de naissance.

25.2 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent
Les cotisations sont payables d'avance en euros (€) à MSH International, à qui l'Association a délégué l'encaissement et le recouvrement des cotisations, par prélèvement, virement, ou carte bancaire sur internet. Le montant de la cotisation est indiqué sur le certificat d'adhésion.

25.3 Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent
En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre de relance est adressée à l'Adhérent au moins trente (30) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante-cinq (45) jours, une lettre de mise en demeure en recommandé est envoyée. La mise en demeure indique que le non-paiement de la cotisation entraîne, la suspension des garanties du Contrat trente (30) jours après la mise en demeure. L'Assureur peut résilier le Contrat après dix (10) jours passé ce délai.

25.4 ***Révision annuelle du montant des cotisations***
En tant qu'assuré d'Indigo Expat, vous bénéficiez de primes spécifiques mutualisées avec celles d'autres assurés Indigo Expat.
Les résultats techniques du groupe entier sont pris en considération chaque année lors de l'évaluation des primes, ainsi que les salaires des professionnels de santé, la région où le traitement est administré, les nouvelles technologies médicales, médicaments et procédures diagnostiques. Plus d'information : https://indigo-expat.com/infos/savoir-partir-expatriation/conditions-de-renouvellement-de-assurance-sante-pour-expatries/

Pour permettre à nos affiliés de continuer à bénéficier des meilleurs soins, nous devons prendre en compte ces facteurs lorsque nous calculons votre prime chaque année. Pour calculer la prime, nous avons tenu compte de l'augmentation annuelle de la prime de votre ou vos couvertures santé, de votre pays de résidence, de l'âge de chaque membre de la police. La prime de renouvellement est indiquée sur votre nouveau certificat d'assurance.

Modalités de révision des cotisations
Les taux de cotisations peuvent être modifiés à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et règlementaires, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des résultats techniques du contrat. Les nouveaux montants de cotisations s'appliquent à la date de renouvellement de l'adhésion.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Organisme assureur, celle-ci doit être notifiée à l'Association souscriptrice quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement. L'Association souscriptrice est tenue d'informer l'Adhérent **trois (3) mois avant leur entrée en vigueur.** L'Association souscriptrice est tenue d'informer l'Adhérent trois (3) mois avant leur entrée en vigueur. Les nouveaux montants de cotisations s'appliquent à la date de renouvellement de l'adhésion.

En cas de désaccord sur les nouvelles cotisations, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée dans un délai de **deux (2) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice.** La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée de l'Association. L'Association informera l'Organisme assureur de la résiliation.

Section 6 – Les définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice d'information ont le sens ci-dessous :

Accident : événement soudain et imprévu causant une blessure, et dont la cause est externe à l'assuré(e). La cause et les symptômes de la blessure doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.

Actes d'infirmiers prescrits : actes d'infirmiers prescrits pour raisons médicales et dispensés par un(e) infirmier(e) qualifié(e). Les soins peuvent être reçus à domicile ou dans un centre médical approprié en consultations externes. et comprennent, mais se limitent pas à, des actes tels que le changement d'un pansement ou des injections d'insuline. Seuls les actes médicalement nécessaires sont couverts.

Assuré : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Il s'agit de l'Assuré principal et, le cas échéant, ses Ayant droits inscrits sur le certificat d'adhésion.

Aiguë : apparition soudaine.

Analyses et examens médicaux : examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés. Année d'assurance : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard**.**

Antécédents familiaux : lorsque la pathologie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, enfant, tante ou oncle.

Antécédents familiaux directs : lorsque la maladie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand parent, frère ou sœur, ou enfant.

Appareils et matériel chirurgicaux : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

Ayant-droit : Conjoint(e) ou Partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement de l'Adhérent principal jusqu'à son 18e anniversaire, ou jusqu'à son 24e anniversaire s'il poursuit des études à temps plein, également nommé sur le certificat d'adhésion comme ayant droit.

Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

Assureur : MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, 1250-097 Lisbonne, avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services.

Bénéficiaire : la personne assurée à qui sont dues les prestations versées par l'Organisme assureur au titre de ce Contrat en cas de réalisation du risque.

Bilan de santé : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies. Ils incluent les tests suivants : tension artérielle, cholestérol, pulsations cardiaques, respiration, température, examen cardio-vasculaire, examen neurologique, dépistage du cancer.

Certificat d'adhésion : document présentant les détails de la couverture et délivré par MSH International. Il confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre l'Adhérent et l'Assureur.

Chambre d'hôpital : séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes. La garantie « Chambre d'hôpital » s'applique lorsque aucune autre garantie ne prend en charge le traitement hospitalier. Dans ce cas, les frais d'une chambre d'hôpital seront couverts sous une garantie hospitalière plus spécifique, jusqu'au plafond de garantie. La psychiatrie et psychothérapie, la greffe d'organe, l'oncologie, la maternité, les soins palliatifs et les soins de longue durée sont des exemples de garanties comprenant les frais de séjour en chambre d'hôpital, jusqu'aux plafonds des garanties, si comprises dans la formule.

Chirurgie ambulatoire : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.

Chirurgie dentaire : cela inclut l'extraction chirurgicale de dents ainsi que d'autres interventions chirurgicales telles que l'apicoectomie et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires. Tous les examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire tels que les examens de laboratoire, les radiographies, les scanographies et les IRM, sont couverts sous cette garantie. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

Complications à l'accouchement : désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Si la formule inclut également une garantie « Maternité » et si une césarienne est médicalement nécessaire, celle-ci sera couverte par les complications à l'accouchement.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : intervention chirurgicale réalisée par un chirurgien maxillofacial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs. L'extraction chirurgicale des dents incluses, l'ablation chirurgicale des kystes et les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions, même lorsqu'elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue ne sont pas couvertes, sauf si une formule dentaire a été sélectionnée.

Chirurgie préventive : mastectomie prophylactique ou de l'ovariectomie prophylactique. La chirurgie préventive est remboursée dans les cas suivants :

- L'assuré(e) a des antécédents familiaux directs de maladies liées à un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.
- Des tests génétiques ont établi la présence d'un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.

Contraception : utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

Complications à l'accouchement : désignent les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si l'Assuré est couvert en « Maternité ». Les complications à l'accouchement couvriront alors également la césarienne lorsque celle-ci sera médicalement nécessaire.

Complications de grossesse : elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche, enfant mort-né ou môle.

Correction visuelle au laser : concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au laser, y compris les examens préopératoires nécessaires.

Délai de carence : période commençant à la date d'effet de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si ayant droit) pendant laquelle l'Assuré ne peut prétendre à certaines garanties (voir tableau de garanties).

Diététicien(ne) : frais engagés pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée éligible seront pris en charge.

Équipement médical prescrit : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour permettre à l'affilié(e) d'évoluer en accord avec les exigences de la vie quotidienne quand cela est raisonnablement possible. Cela comprend :

- Les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale.
- Les équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses.
- Les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique. Les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique.
- Les bas de compression graduée médicaux.
- Le matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.
- Les coûts d'équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir les définitions des soins palliatifs et soins de longue durée) ne sont pas pris en charge.

Ergothérapie : traitement destiné au bon développement des capacités motrices globales de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes telles que s'habiller, manger, faire sa toilette, etc., de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Un rapport médical sur les avancées du traitement doit être fourni après 20 séances.

Expatrié en mobilité internationale : personne physique résidant temporairement en dehors de son pays d'origine.

Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital : frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, l'Organisme assureur prend en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. La limite d'âge appliquée est indiquée au tableau de garanties.

Frais d'accouchement : frais médicaux (**incluant chambre double**) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication, incluant la césarienne si médicalement nécessaire, sera prise en charge par les garanties « Complications de grossesse et à l'accouchement ».

Greffe d'organe : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.

Grossesse : période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

Honoraires de sage-femme : honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.

Hôpital : tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.

Hospitalisation de jour : hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, 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 : en cas d'Hospitalisation d'urgence, l'Organisme assureur prend en charge les frais médicaux conformément au tableau de garantie correspondant, et aux conditions contractuelles. L'Entreprise a souscrit auprès d'une société tierce un contrat d'assistance et de rapatriement qui, selon les dispositions contractuelles de cette société, effectuera la prise en charge des frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence.

Kinésithérapie prescrite : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 séances par pathologie, après lesquelles le patient doit être examiné par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport médical sur l'avancée du traitement est envoyé toutes les 12 séances, indiquant la nécessité de prolonger le traitement. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing (thérapie somatique qui explore les dynamismes internes qui jouent un rôle déterminant dans la posture et le mouvement), les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris l'examen des yeux : prise en charge d'un examen de routine réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.

Maladie grave : toute maladie qui fait craindre pour la vie à court ou moyen terme, telle que : cancer, sida, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie cardiaque, neurologique ou respiratoire sévère, insuffisance rénale sévère, diabète avec graves complications.

Maladie inopinée : maladie soudaine qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

Maternité – Accouchement : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement comprenant les postes de garanties indiqués dans le tableau de garantie correspondant. En cas d'accouchement par césarienne non justifiée par une nécessité médicale sera couverte dans la limite de la prise en charge d'un accouchement « naturel » réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie correspondant.

Médecin : docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médicaments prescrits : désignent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

Nécessité médicale : soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- Être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
- Être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
- Être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture.
- Être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin.
- Avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture.
- Être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
- Être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient.

Le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en médecine courante.

Orthophonie : soins dispensés par un orthophoniste qualifié pour traiter des infirmités physiques diagnostiquées, telles qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine).

Orthoptie : thérapie spécifique visant à synchroniser le mouvement des yeux lorsqu'il y a un manque de coordination entre les muscles des yeux.

Orthodontie : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects. Les soins d'orthodontie sont uniquement couverts s'ils sont médicalement nécessaires. Lorsque l'assuré effectue une demande de remboursement, il est demandé de fournir les informations permettant de déterminer si le traitement est médicalement nécessaire et s'il peut être pris en charge. Les informations demandées (selon le cas) peuvent comprendre, entre autres, les documents suivants :

- Un rapport médical produit par le spécialiste qui indique le diagnostic (le type de malocclusion) et décrit les symptômes chez le patient causés par le problème orthodontique.
- Un plan de traitement avec une estimation de la durée et des coûts du traitement ainsi que le type de matériel utilisé.
- Les modalités de paiement convenues avec le prestataire de santé.
- Une preuve que le paiement pour ce traitement orthodontique a bien été effectué.
- Des photographies de la mâchoire montrant clairement la dentition avant le traitement.
- Des photographies cliniques de la mâchoire en occlusion centrale de face et de côté.
- Les orthopantomogrammes (radiographies panoramiques)
- Les radiographies de profil (radiographies céphalométriques)

Sont couverts uniquement les traitements orthodontiques pour lesquels les appareils dentaires métalliques standard et/ou les appareils amovibles standard sont utilisés. Les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie et prothèses dentaires ».

Parodontologie : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive

Pathologie chronique : il s'agit d'une maladie ou d'une blessure qui dure plus de six mois ou qui exige une intervention médicale (bilan de santé ou traitement) au moins une fois par an. Elle doit également avoir une des caractéristiques suivantes :

- Est de nature récurrente,
- Est sans remède identifié et généralement reconnu,
- Répond difficilement à tout type de traitement,
- Requiert un traitement palliatif,
- Nécessite un suivi ou un contrôle prolongé,
- Conduit à un handicap permanent.

Pathologie préexistante : problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Une pathologie préexistante non déclarée dans le bulletin d'affiliation approprié ne sera pas prise en charge. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.

Pays d'origine : pays pour lequel l'assuré(e) possède un passeport en cours de validité et/ou le pays déclaré comme pays d'origine à son adhésion.

Pays de résidence principal : pays dans lequel l'Assuré et ses ayants droit (le cas échéant) vivent pendant plus de six mois de l'année.

Prothèse médicale : appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Prothèse dentaire : les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.

Psychiatrie et psychothérapie : traitement d'un trouble mental suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. La pathologie doit être cliniquement grave et non liée à un deuil, problème social ou scolaire, problème d'acculturation ou stress professionnel. Tous les soins de jours ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie (en hospitalisation ou médecine courante) n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été diagnostiqués au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) sera limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre l'ayant prescrit. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis.

Rééducation : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie, dans le but de restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. La garantie ne couvre que les traitements commençant dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé.

Soin/traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Soins palliatifs : sont pris en charge les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et à maintenir une certaine qualité de vie. Les traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic, établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie, sont pris en charge. Cette garantie prévoit également le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Soins de longue durée : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos. Le délai de trente (30) jours tel que mentionné dans les tableaux des garanties s'entend sous réserve qu'un organisme de Sécurité sociale ou un organisme équivalent prenne le relai dans la prise en charge des soins. Le cas échéant, c'est le délai de quatre-vingt-dix (90) jours qui sera appliqué.

Soins dentaires : sont inclus le bilan annuel, les plombages simples liés aux caries, les dévitalisations et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.

Soins en médecine courante : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

Soin/traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Thérapeute : chiropracteur, ostéopathe, médecin herboriste chinois, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.

Traitement de la stérilité : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez l'affilié(e). Si la garantie spécifique « Traitement de la stérilité » n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, la couverture est limitée aux examens non invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de votre formule Médecine courante (si sélectionnée). Cela ne s'applique pas à la formule réservée aux Iles Anglo-Normandes, pour laquelle les examens destinés à déterminer les causes de la stérilité ne sont pas couverts. Toutefois, s'il existe une garantie spécifique « Traitement de la stérilité », cette garantie prendra en charge les frais pour l'affilié(e) qui reçoit les soins, dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. Les frais excédant le plafond de garantie ne seront pas pris en charge par la couverture du/de la conjoint(e)/partenaire compris(e) dans la police. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond indiqué dans le tableau des garanties.

Traitement hospitalier : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré(e) pendant la nuit.

Traitement paramédical : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour savoir si les traitements suivants sont pris en charge : la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acuponcture et la podologie telles qu'elles sont pratiquées par des thérapeutes agréés.

Traitement préventif : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable, tel que l'ablation d'une excroissance.

Transport local en ambulance : il s'agit du transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.

Traitement dentaire d'urgence par suite d'un accident : le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Urgence : terme utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

Vaccinations : vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré et toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que la prophylaxie antipaludéenne. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.

Annexe 1 : Tableaux des garanties Indigo Expat WeCare – Premier Euro (1er Euro)

Formule Hospitalisation	**Indigo Expat WeCare 80**	**Indigo Expat WeCare 90**	**Indigo Expat WeCare 100**
Plafond global	**1 500 000 €/an/assuré**	**1 500 000 €/an/assuré**	**1 500 000 €/an/assuré**
Garanties hospitalières[1] - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations			
Chambre d'hôpital - Particulière [1]	Maximum 300 € par jour	Maximum 350 € par jour	Maximum 400 € par jour
Chambre d'hôpital – Semi privée [1]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins intensifs[1]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale et matériel[1] (hospitalisation et soins de jour uniquement) (Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire[1]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecin et thérapeute[1] (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Appareils et matériel chirurgicaux[1]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Analyses et examens médicaux[1] (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Greffe d'organe[1]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Psychiatrie et psychothérapie[1] (hospitalisation et soins de jour uniquement) (délai de carence de 10 mois)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans à l'hôpital[1]	30 € par jour, 30 jours maximum	40 € par jour, 30 jours maximum	50 € par jour, 30 jours maximum
Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Autres garanties - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations			
Hospitalisation de jour[2]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Dialyse rénale[2]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire[2]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins à domicile ou dans un centre de convalescence[2] (immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation)	Maximum 2 500 €	Maximum 2 500 €	Maximum 2 500 €
Rééducation[2] (hospitalisation, soins de jour et médecine courante : doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une pathologie/ Problème de santé aiguë)	100 % des frais réels, maximum 60 jours	100 % des frais réels, maximum 60 jours	100 % des frais réels, maximum 60 jours
Transport local en ambulance	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture (pour des déplacements d'une durée maximum de six semaines)	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.
Scanographie et IRM (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Tomographie[2] et scanographie-tomographie[2] (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Oncologie[2] (hospitalisation, soins de jour et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
- Achat d'une perruque, d'un soutien-gorge prothétique et autres prothèses externes à des fins esthétiques	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré
Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation (par nuit) (en cas de gratuité du traitement)	150 € jusqu'à 25 nuits	150 € jusqu'à 25 nuits	150 € jusqu'à 25 nuits
Soins d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule Médecine courante)	Maximum 750 €	Maximum 750 €	Maximum 750 €
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule dentaire)	Maximum 750 €	Maximum 750 €	Maximum 750 €
Soins palliatifs[2]	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins de longue durée[2]	100 % des frais réels, maximum 90 jours (durée totale de couverture par assuré)	100 % des frais réels, maximum 90 jours (durée totale de couverture par assuré)	100 % des frais réels, maximum 90 jours (durée totale de couverture par assuré)

Formule Médecine Courante	Indigo Expat WeCare 80	Indigo Expat WeCare 90	Indigo Expat WeCare 100
Plafond global	**Aucun plafond**	**Aucun plafond**	**Aucun plafond**
Garanties Médecine courante			
Médecins généralistes et médicaments soumis à prescription médicale (médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecins spécialistes	80 % des frais réels, jusqu'à 180 € par visite	90 % des frais réels, jusqu'à 190 € par visite	100 % des frais réels, jusqu'à 200 € par visite
Analyses et examens médicaux	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Vaccinations	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et podologie (max. 12 séances par pathologie par consultation de chiropracteur et max. 12 séances par pathologie par consultation d'ostéopathe, dans la limite du plafond de garantie)	80 % des frais réels, maximum 350 €	90 % des frais réels, maximum 360 €	100 % des frais réels, maximum 375 €
Consultations prescrites de kinésithérapeute, d'orthophoniste, d'orthoptiste et d'ergothérapeute²	80 % des frais réels, 15 visites maximum	90 % des frais réels, 18 visites maximum	100 % des frais réels, 20 visites maximum
Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies. (délai de carence de 12 mois) Ces bilans se limitent aux examens suivants : • Examen général • Analyse biologique (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale). • Examen cardiovasculaire (examen physique, tension artérielle, électrocardiogramme) • Examen neurologique (examen physique) • Examen ORL (audiomètre) • Examen radiologique (radiographie pulmonaire) • Examen ophtalmologique (test de vision) • Dépistage de cancer - Frottis cervico-utérin - Mammographie (pour les femmes de 45 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) - Dépistage du cancer de la prostate (pour les hommes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) - Coloscopie (pour les assurés de 50 ans ou plus, ou 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux) - Test de recherche de sang occulte dans les selles • Ostéodensitométrie (pour les femmes de 50 ans ou plus)	Maximum 875 €, sur une période de 3 ans d'assurance	Maximum 935 € sur une période de 3 ans d'assurance	Maximum 1 000 € sur une période de 3 ans d'assurance
Traitement de l'infertilité (délai de carence de 18 mois)	80 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	90 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	100 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €
Psychiatrie et psychothérapie (délai de carence de 18 mois)	80 % des frais réels, 10 visites maximum	90 % des frais réels, 10 visites maximum	100 % des frais réels, 15 visites maximum
Équipement médical prescrit	80 % des frais réels, jusqu'à 1 000 €	90 % des frais réels, jusqu'à 1 000 €	100 % des frais réels, jusqu'à 1 000 €
Lunettes prescrites, lentilles de contact prescrites et correction visuelle au laser, y compris les examens des yeux	Jusqu'à 475 € (sur une période de 2 ans d'assurance)	Jusqu'à 500 € (sur une période de 2 ans d'assurance)	Jusqu'à 535 € (sur une période de 2 ans d'assurance)

Formule Dentaire	Indigo Expat WeCare 80	Indigo Expat WeCare 90	Indigo Expat WeCare 100
Soins dentaires	80 % des frais réels, jusqu'à 2 750 €	80 % des frais réels, jusqu'à 2 750 €	80 % des frais réels, jusqu'à 2 750 €
Chirurgie dentaire			
Périodontie			
Soins d'orthodontie et prothèses dentaires (délai de carence de 10 mois)	80 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	80 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	80 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €

Option : Maternité

Les garanties Maternité Indigo Expat sont facultatives. Elles sont disponibles pour les couples et les familles. Cela signifie qu'un adulte seul ne peut y souscrire.

Garanties	Indigo Expat WeCare 80	Indigo Expat WeCare 90	Indigo Expat WeCare 100
Maternité² (hospitalisation et médecine courante) (délai de carence de 10 mois)	6 500 €	6 750 €	6 950 €
Complications de grossesse et à l'accouchement² (délai de carence de 10 mois)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels

Précisions :

(1) et (2) : un accord préalable s'applique aux traitements indiqués sur le tableau des garanties par un 1 ou un 2.
En l'absence de demande d'accord préalable, lors d'une hospitalisation ou tout autre traitement pour lequel cet accord préalable est nécessaire, la demande de remboursement peut être refusée. Par la suite, si le traitement s'avère médicalement justifié, le Gestionnaire rembourse 80% des dépenses hospitalières et 50% du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui aurait dû être remboursées.

Assistance et Rapatriement

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée au préalable à la plateforme d'Assistance disponible 24/7.

- par téléphone : +33 5 86 85 00 59
- par email : ops@vyv-ia.com pour les demandes d'assistance ou à authorization@vyv-ia.com pour les prises en charge.

Zone de couverture	Monde entier
Rapatriement ou transport sanitaire	Frais réels
Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire	Titre de transport
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement	2 000 € par événement
Présence auprès de l'Assuré hospitalisé	Titre de transport Frais d'hôtel : 100 €/nuit – maximum 3 000 €
Transmission de messages	Frais d'envoi
Rapatriement ou transport du corps en cas de décès	Titre de transport Frais de cercueil : maximum 2 000 €
Retour prématuré de l'assuré	Titre de transport
Avance de la caution pénale	10 000 €
Prise en charge des honoraires d'avocat	10 000 €
Vol ou perte de papiers d'identité	Aide aux démarches administratives
Envoi de médicaments	Frais d'envoi
Conseils vie quotidienne	1 appel de 30 minutes dans la limite de 5 par adhérent
Ecoute et soutien psychologique	1 appel de 30 minutes dans la limite de 5 par adhérent et par évènement

MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisbonne, Portugal, avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services.