

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle à lire avec attention. Les garanties précédées d'une coche verte signifient qu'elles sont accordées systématiquement dans le contrat.

De quel type d'assurance s'agit-il ? Le produit d'assurance Frais de Santé intervient en Complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE). Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes physiques en mobilité internationale ressortissantes de l'Union européenne ou personnes physiques non ressortissantes de l'Union européenne résidant au sein de l'Union Européenne, adhérentes à l'Association Souscriptrice, de remboursements de frais médicaux en complément de la CFE. Le contrat groupe a été souscrit par l'Association souscriptrice « Association Coopération, Mobility et Expatriation » (ACME) auprès de VYV IB pour le compte de MFPrévoyance.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties en frais de santé

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient selon la formule choisie par l'adhérent parmi celles qui figurent dans le tableau de garanties.

Un montant global maximum de prestations par an et par bénéficiaire est également prévu en fonction du niveau de garanties choisi (voir tableau de garanties). Lorsque ce plafond est atteint, les frais engagés au-delà ne sont pas pris en charge.

Les garanties systématiquement couvertes :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, hospitalisation d'urgence, consultations et actes de spécialistes, médicaments prescrits, prothèses, soins oncologiques, traitements et soins psychiatriques
- ✓ **Médecine courante** : consultations de médecins généralistes et spécialistes, médicaments prescrits, kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie, psychiatrie, vaccination, ...
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires courants, prothèses et implants dentaires, chirurgie, orthodontie...
- ✓ **Optique** : verres et monture, lentilles...

Garantie optionnelle : maternité (hospitalisation et médecine courante), complication de grossesse et à l'accouchement



Dans quels pays suis-je couvert ?

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

- ✓ **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 + 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 + Pays listés en Zone 1
- ✓ **Zone 1** : Monde entier hors pays des Zones 2 à 4
- ✓ Lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept semaines en dehors de la zone de couverture choisie, pour les frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence, 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
- ✓ Pays de résidence exclus de la couverture : Bahamas, Biélorussie, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis d'Amérique, Liban, Maroc, Royaume-Uni, Russie, Suisse, Venezuela.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Principales exclusions :

- ✗ Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties
- ✗ Les traitements aux États-Unis, lorsque l'assurance a été souscrite dans le but de se rendre aux États-Unis pour le traitement d'une pathologie préexistante. Les soins et traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme
- ✗ Les traitements en dehors de la zone géographique de couverture
- ✗ Les maladies ou blessures résultant d'une participation à une guerre ou à des actes criminels
- ✗ Les dépenses occasionnées lors de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, la collecte, le transport et les frais administratifs
- ✗ Les traitements ou médicaments expérimentaux ou dont les effets ne sont pas prouvés
- ✗ Les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public
- ✗ Les frais de traitement cosmétique, esthétique (lorsque le traitement est reçu pour améliorer l'apparence) ou de reconstruction, sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un accident/une intervention chirurgicale
- ✗ Fait intentionnel de la personne garantie
- ✗ Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'une tentative d'attentat ou d'un mouvement populaire ou d'actes terroristes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie ne prend pas une part active à l'évènement
- ✗ Les maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat
- ✗ Un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes



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

- ! 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'assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement
- ! La prise en charge se limite à la zone de couverture géographique choisie
- ! Les demandes de remboursements liées aux conditions ou pathologies préexistantes peuvent être exclues.
- ! La couverture est soumise à une liste complète d'exclusions et de limitations indiquées dans les Conditions générales
- ! Les dépenses supérieures au plafond annuel de remboursement des frais de santé par personne selon la formule choisie par l'assuré
- ! Frais médicaux non reconnus par la Sécurité sociale française



Quand dois-je payer et comment ?

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 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. Règlement par prélèvement automatique, virement bancaire, prélèvement par CB.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

- **A la souscription du contrat, l'assuré doit :**
 - ✓ Remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation
 - ✓ Choisir l'une des formules proposées (**Indigo Expat OnePack 80, Indigo Expat OnePack 90, Indigo Expat OnePack 100**)
 - ✓ Payer sa première cotisation
- **En cours de contrat**
Informez l'Assureur des événements suivants :
 - ✓ Changements de situation : changement d'adresse, de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
 - ✓ Informer l'assureur du changement de pays d'expatriation
 - ✓ Retour dans son pays de résidence ou son pays d'origine
 - ✓ Informer l'assureur en cas de changement de pays d'expatriation impactant la zone de couverture dans les meilleurs délais
 - ✓ Versement de prestations de la part d'un organisme de Sécurité sociale ou tout autre organisme complémentaire similaire
- **En cas de sinistre**
 - ✓ Adresser à l'assureur la déclaration de sinistre accompagnée des pièces justificatives (envoi par email possible pour les demandes de remboursement dont le montant est inférieur ou égal à 1 000 €)
 - ✓ Contacter le gestionnaire frais médicaux pour obtenir une prise en charge directe d'hospitalisation ou du tiers payant pour les frais médicaux externes
 - ✓ Notifier à l'assureur toute admission à l'hôpital (ou dans les meilleurs délais en cas d'urgence)
 - ✓ Faire approuver préalablement par l'assureur (sauf urgence) certains frais indiqués dans la notice d'information



À quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

La prise d'effet du contrat est subordonnée à l'adhésion à l'association souscriptrice et à l'acceptation de l'assureur. Le contrat prend effet à compter du paiement de la cotisation à la date indiquée sur la demande d'adhésion individuelle. Le contrat prend fin à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat groupe n°G0405 (Complémentaire CFE) conclu entre l'Association ACME et VYV IB pour MFPrévoyance.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date d'effet du contrat individuel.

Les garanties cessent en tout état de cause pour chaque Assuré :

- ✓ A l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle de son contrat d'assurance
- ✓ En cas de fausse déclaration
- ✓ En cas de décès de l'Adhérent
- ✓ Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées par le contrat ou dès qu'il n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice
- ✓ En cas de non-paiement des cotisations
- ✓ En cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Assureur
- ✓ Au plus tard au jour de son 70ème anniversaire
- ✓ A date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance groupe

Pour les Ayants-droit : Les garanties cessent pour les Ayants droit (ou sont suspendues) au jour où ils ne remplissent plus les conditions définies au contrat, et en tout état de cause à la même date que pour l'Assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat dure jusqu'à la date anniversaire du contrat. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1er janvier. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'Association souscriptrice ou son représentant au plus tard deux (2) mois avant la date de renouvellement, la résiliation devenant effective à la date annuelle de renouvellement.