



FIRST' EXPAT+ // RELAIS' EXPAT+ GUIDE DE L'ADHÉRENT

// NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

FIRST' EXPAT+ RELAIS' EXPAT+

GUIDE DE L'ADHÉRENT

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

SOMMAIRE

1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL ET OBJET DU CONTRAT / P4

1.1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL / P4

1.2 / OBJET DU CONTRAT / P4

2 / PROCÉDURES D'ACCÈS AUX SOINS, GARANTIES ET SERVICES UTILES AINSI QU'À VOS CONTACTS ET À VOTRE ESPACE ASSURÉ / P5

2.1 / ACCÈS AUX SOINS ET GARANTIES / P5

2.2 / FRANCHISES, CO-PAIEMENTS ET PARTICIPATION AUX FRAIS DE SANTÉ / P12

2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS / P15

2.5 / ACCÈS A VOTRE ESPACE ASSURÉ / P16

3 / DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ / P17

4 / PRESTATIONS SANTÉ EN DÉTAIL: TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ / P24

4.1 / POUR LES ASSURÉS N'AYANT PAS CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA / P24

4.2 / POUR LES ASSURÉS AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA / P32

5 / EXCLUSIONS DÉTAILLÉES DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT) / P41

6 / MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT / P44

6.1 / VOTRE CONTRAT / P44

6.2 / LA VIE DE VOTRE CONTRAT / P45

6.3 / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT / P50

6.4 / INFORMATIONS LÉGALES / P52

7 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ÉVACUATION MÉDICALE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ / P55

7.1 / GÉNÉRALITÉS / P55

7.2 / DESCRIPTION DE NOS PRESTATIONS ET GARANTIES / P57

7.3 / CADRE DU CONTRAT / P58

8 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ / P62

8.1 / DÉFINITIONS / P62

8.2 / GARANTIES / P62

8.3 / LIMITES DE GARANTIES / P63

8.4 / LIMITES TERRITORIALES / P63

8.5 / ACQUISITION ET DURÉE DE LA GARANTIE / P63

8.6 / APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS / P63

8.7 / GESTION DES PAIEMENT DES SINISTRES / P63

8.8 / DISPOSITIONS DIVERSES / P64

8.9 / ANNEXE DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS / P64

9 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ / P67

9.1 / L'ASSISTANCE JURIDIQUE DE L'EXPATRIÉ ET DE L'IMPATRIÉ / P67

9.2 / LES SERVICES ET ASSISTANCES APPORTÉS AUX EXPATRIÉS ET AUX IMPATRIÉS / P70

9.3 / EXAMEN DES RÉCLAMATIONS / P71

10 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALE / RAPATRIEMENT, EN OPTION / P72

10.1 / QUELQUES CONSEILS... / P72

10.2 / GÉNÉRALITÉS / P73

10.3 / DESCRIPTION DE NOS PRESTATIONS ET GARANTIES / P76

10.4 / CADRE DU CONTRAT / P83

10.5 / PROCÉDURE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR LA PRESTATION « AVANCE DES FRAIS D'HOSPITALISATION » AVEC ASSISTANCE / P86

10.6 / TABLEAUX DES MONTANTS DE GARANTIES / P87

1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL ET OBJET DU CONTRAT

1.1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL

Vous avez choisi une couverture d'assurance internationale souscrite par ASFE, auprès de Groupama Gan Vie et gérée par MSH INTERNATIONAL et nous vous en remercions.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. ASFE sera ci-après dénommée « **ASFE** » ou « l'Association contractante ».

MSH INTERNATIONAL, concepteur et **Gestionnaire** des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale internationale, avec plus de 330 000 personnes couvertes en situation de mobilité internationale à travers le Monde. **MSH INTERNATIONAL** met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. **MSH INTERNATIONAL**, organisme mandaté par l'**Assureur** et l'Association contractante pour gérer le contrat sera ci-après dénommé « **MSH INTERNATIONAL** », « le **Gestionnaire** », « l'**Organisme Gestionnaire** » ou encore « l'**Assureur** » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Le contrat est souscrit auprès de **Groupama Gan Vie** - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z Siège social: 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris ci-après dénommée « l'**Assureur** ».

1.2 / OBJET DU CONTRAT

Les **Contrats d'assurance** numérotés 210/863689 00010, 210/863689 00020, 210/863689 00030, 210/863689 00040, 210/863689 00010/D, 210/863689 00020/D, 210/863689 00030/D, 210/863689 00040/D, 210/863690 00010, 210/863690 00020, 210/863690 00030, 210/863690 00040, 210/863691 00020, 210/863691 00030, 210/863691 00040, 210/863691 00020/D, 210/863691 00030/D, 210/863691 00040/D, 210/863692 00020, 210/863692 00030, 210/863692 00040, souscrits par **ASFE** sont des contrats dit « **de groupe ouvert** » auquel vous adhérez. Ils proposent une couverture au 1^{er} euro / au 1^{er} dollar / en complément des prestations servies par la **CFE** (Caisse des Français de l'Étranger), à l'exclusion de tout autre régime de protection sociale.

Ils ont pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de **Prestations**, dès le 1^{er} euro / le 1^{er} dollar / en complément des prestations servies par la **CFE**, en remboursement des frais de santé engagés par un membre Adhérent d'**ASFE** vivant hors de son **Pays de nationalité**, dans un cadre privé ou professionnel, ainsi que par ses éventuels **Ayants droit** ci-après définis, résidant ou non dans le même pays étranger, s'ils sont inscrits au contrat.

Votre adhésion à l'un de ces contrats sera ci-après désignée sous le terme « **Votre adhésion** ».

Chaque contrat prévoit des garanties santé de base qui peuvent être complétées par des garanties optionnelles ainsi que 4 niveaux de prestations au sein de ces garanties (se reporter au paragraphe « **DIFFÉRENTES OPTIONS DE COUVERTURE** »). Chaque contrat comporte également 5 zones de couverture (se reporter au paragraphe « **PAYS SPÉCIFIQUE DE RÉSIDENCE ET ZONE DE COUVERTURE DU CONTRAT** »)

Dans le cadre de cette adhésion, vos garanties santé sont systématiquement complétées par des garanties d'**Évacuation médicale**. Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, garantit et exécute les **Prestations d'Assistance**. Les contrats proposent ainsi une offre très complète et modulable adaptée aux besoins de chacun. Vous pouvez également souscrire des garanties de prévoyance en cas de décès et d'arrêt de travail.

2 / PROCÉDURES D'ACCÈS AUX SOINS, GARANTIES ET SERVICES UTILES AINSI QU'À VOS CONTACTS ET À VOTRE ESPACE ASSURÉ

2.1 / ACCÈS AUX SOINS ET GARANTIES

FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR VOS FRAIS DE SANTÉ COURANTS

Merci de respecter les 3 étapes suivantes pour obtenir le remboursement de vos frais de santé courants :

1 Consultez un praticien de santé et réglez vos frais.

Notre Réseau médical international de praticiens de santé et d'établissements hospitaliers est disponible sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique [Votre Santé / Trouver un prestataire](#)
Néanmoins, vous restez libre dans le choix de vos prestataires de santé.

2 Rendez-vous sur :

www.asfe-expat.com, rubrique [Vos Remboursements / Demande de remboursement](#) pour compléter en ligne le formulaire de demande de remboursement.

En cas de demande de remboursement inférieure à 300€/\$ (seulement pour les contrats FIRST EXPAT+) : privilégiez l'utilisation de votre espace sécurisé.

Téléchargez l'ensemble des justificatifs scannés (prescriptions médicales, notes d'honoraires et factures correspondantes) directement dans votre espace sécurisé jusqu'à 300€/\$ de dépenses (ou équivalent dans la monnaie de paiement).


Simple et rapide, ce mode de transmission sécurisé vous permettra de bénéficier de délais de traitement optimisés (4 jours en moyenne).

IMPORTANT

Vous devez conserver les documents originaux pendant 24 mois à compter de la date des soins car ils peuvent vous être réclamés à titre de contrôle à tout moment au cours de cette période. Si vous ne pouvez pas fournir les documents originaux demandés, le règlement effectué sur la base des justificatifs numérisés sera considéré comme indu.

En cas de demande de remboursement supérieure à 300€/\$:

Imprimez puis signez votre demande de remboursement, après l'avoir complétée en ligne, puis adressez-la à votre centre de gestion ([SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'](#)) en y joignant les originaux des prescriptions médicales (voir rubrique IMPORTANT ci-dessous), des notes d'honoraires et des factures, ainsi que les vignettes pour les médicaments achetés en France.

Les documents à joindre doivent mentionner les nom(s) et prénom(s) du patient, la date des soins, le montant et le détail des soins ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Si votre dossier est incomplet, vous en serez informé par l'icône  (cliquez dessus pour ouvrir le message) qui apparaîtra dans le décompte de remboursement disponible en ligne sur votre Espace Assuré. Nous vous conseillons de grouper vos demandes afin d'éviter les remboursements de faible montant. Déclarez sur la même demande de remboursement plusieurs soins et/ou **Bénéficiaires**.

2 Le remboursement est effectué par chèque ou par virement dans la devise de votre compte bancaire.

Si la devise de votre compte bancaire n'est pas celle dans laquelle les soins de santé ont été engagés, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui que publie la Compagnie Financière Edmond de Rothschild le dernier jour du mois précédant la date des soins.

IMPORTANT

En cas d'envoi de documents originaux, pensez à conserver des photocopies de tous les documents. Pour donner droit aux Prestations, les demandes de remboursement de frais de santé doivent nous parvenir au plus tard dans les 24 mois qui suivent la date des soins. En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'Adhérent doit nous avvertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Il est précisé que le versement des Prestations sera effectué directement aux Adhérents ou au prestataire en cas d'Accord préalable. Il ne sera jamais fait de tiers payant en optique et dentaire.

QUESTIONS FRÉQUENTES SUR VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ COURANTS

• QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ET ÉVENTUELLES FORMALITÉS À ACCOMPLIR DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

En cas de **Maladie** ou d'Accident ouvrant droit à remboursement, l'Adhérent est tenu de transmettre au **Gestionnaire** (MSH INTERNATIONAL) la demande de remboursement, dûment remplie, ainsi que les notes d'honoraires et les ordonnances, les notes de frais acquittées, datées et mentionnant les noms et prénoms de la personne soignée, le genre de **Maladie**, la nature et la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments. Nous nous réservons la possibilité de demander toutes autres justifications qui nous paraîtraient nécessaires et de soumettre le **Bénéficiaire** des soins à un examen médical auprès de notre **Médecin conseil**. Selon l'avis rendu par le **Médecin conseil**, seules seront prises en charge les dépenses jugées médicalement nécessaires et appropriées. Si le **Bénéficiaire** des soins s'oppose à cet examen médical, il perd tout droit aux garanties pour la demande de remboursement en cause. En cas de désaccord sur le caractère médicalement nécessaire et approprié, le **Médecin conseil** et le **Médecin** du **Bénéficiaire** des soins pourront choisir ensemble un 3^e **Médecin** pour les départager. L'avis de ce **Médecin** arbitre sera rendu à titre définitif. Les honoraires d'arbitrage seront partagés par moitié entre l'Adhérent et le **Gestionnaire**.

• EXISTE-T-IL DES FORMALITÉS PARTICULIÈRES POUR LES SOINS REÇUS EN FRANCE ?

Si les soins sont dispensés en France, l'Adhérent doit joindre l'ordonnance, la feuille de soins ou, à défaut de cette dernière, une facture avec description des soins ainsi que, le cas échéant, les bordereaux de remboursements déjà effectués par d'autres organismes avec son numéro d'Adhérent.

• COMMENT CONSULTER EN LIGNE LES GARANTIES DE MON CONTRAT ?

Sur votre Espace Assuré, vous pouvez à tout moment consulter les garanties détaillées de votre contrat : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique **Votre affiliation**, **Vos garanties** : téléchargez vos garanties

• COMMENT OBTENIR DES NOMS DE MÉDECINS QUALIFIÉS, DE CLINIQUES OU D'HÔPITAUX PARTOUT DANS LE MONDE ?

Accédez à notre **Réseau médical** international de prestataires sur :

www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique **Votre Santé / Trouver un prestataire**

Retrouvez votre pays et la spécialité recherchée, les coordonnées des **Médecins** et des établissements recommandés, les langues parlées, les services disponibles dans les **Hôpitaux**, l'acceptation ou non de la **Prise en charge**, etc.

Vous restez néanmoins libre dans le choix de votre praticien ou établissement de santé (excepté aux États-Unis, où les prestataires doivent appartenir au **Réseau médical** international de MSH INTERNATIONAL, si vous souhaitez bénéficier du meilleur niveau de remboursement possible de vos soins).

Votre centre de gestion reste à votre écoute pour vous conseiller sur un choix de prestataire. Pour éviter toute avance de frais en cas d'hospitalisation ou de frais de santé supérieurs à 400 €/ \$, veuillez contacter au préalable nos équipes de **Prise en charge**.

• J'AI UN DOUTE SUR LE DIAGNOSTIC OU LE TRAITEMENT QUI M'A ÉTÉ DONNÉ PAR MON MÉDECIN/L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, COMMENT OBTENIR UN SECOND AVIS MÉDICAL ?

Contactez l'un de nos **Médecins conseils** à l'adresse : medical@msh-intl.com ou adressez-vous à votre centre de gestion (**SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'**).

• QUELLE DÉMARCHE EFFECTUER SI JE SUIS HOSPITALISÉ(E) EN URGENCE DANS MON PAYS D'EXPATRIATION OU BIEN AU COURS D'UN DÉPLACEMENT OU ENCORE PENDANT MES CONGÉS HORS DE MON PAYS D'EXPATRIATION ?

Présentez votre carte ASFE - MSH INTERNATIONAL dès votre arrivée dans l'établissement hospitalier et demandez-leur de contacter l'un de nos centres de gestion. Vous êtes couvert dans le monde entier pour les soins d'**Urgence** et seulement s'ils font suite à un Accident ou à une **Maladie inopinée** nécessitant une intervention chirurgicale ou un **Traitement médical** ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le **Pays de résidence principale** ou encore à une dégradation d'une **Maladie** grave représentant un danger immédiat et sérieux pour votre santé s'ils sont engagés hors zone de couverture retenue. Tous les numéros utiles pour nous joindre 24h sur 24, 7j sur 7 sont indiqués sur votre carte. Attention ! Votre carte MSH INTERNATIONAL n'est pas une preuve de paiement direct, ni une preuve d'assurance. Pour toute confirmation de **Prise en charge**, veuillez nous contacter.

• QUELLE EST LA DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

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

• EST-CE QUE JE DOIS TRADUIRE DES DOCUMENTS EN ANGLAIS/FRANÇAIS OU CONVERTIR DES DEVICES POUR QUE MA DEMANDE SOIT TRAITÉE ?

Non. Nos équipes multiculturelles traitent des demandes exprimées dans toutes les langues et dans plus de 150 devises.

• SI JE SOUMETS UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DANS UNE DEVISE AUTRE QUE LA DEVISE DE MON COMPTE BANCAIRE, QUEL EST LE TAUX DE CHANGE APPLIQUÉ ?

Le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui que publie la Compagnie Financière Edmond de Rothschild le dernier jour du mois précédant la date des soins.

• COMMENT SAVOIR QUAND JE SUIS REMBOURSÉ ?

Une alerte e-mail vous est envoyée dès le traitement de votre demande de remboursement. Consultez vos décomptes de remboursement des 24 derniers mois sur :

www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique Vos Remboursements / Historique des décomptes.

• JE NE COMPRENDS PAS OU JE NE SUIS PAS D'ACCORD AVEC LE REMBOURSEMENT REÇU, QUE DOIS-JE FAIRE ?

Rendez-vous sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique [Contactez-nous / Nous laisser un message](#) ou contactez votre centre de gestion (SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS').pour toute précision permettant de lever une éventuelle incompréhension. En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'Adhérent doit nous avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

FAIRE UNE DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR DES ACTES DE SANTÉ ONÉREUX, EN SÉRIE OU DE LONGUE DURÉE

• QU'ENTEND-T-ON PAR DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ?

La **Demande d'accord préalable** vise à interroger MSH INTERNATIONAL avant un acte médical ou des soins de longue durée, afin de savoir si vous êtes couvert pour cet acte, et sous quelles conditions. Vous pouvez être amené à effectuer l'avance des frais.

• DANS QUELS CAS FAUT-IL DEMANDER UN ACCORD PRÉALABLE ?

Adressez votre **Demande d'accord préalable** à votre centre de gestion pour les soins suivants :

1 **une hospitalisation** : Le malade doit faire parvenir au **Gestionnaire** (MSH INTERNATIONAL) au moins 10 JOURS avant l'hospitalisation, la **Demande d'accord préalable** remplie et signée par le praticien (s'agissant de frais exposés en France, la **Demande d'accord préalable** est celle de la Sécurité Sociale française pour des Assurés de nationalité française). En cas d'**Urgence** manifeste, la **Demande d'accord préalable** doit être adressée au **Gestionnaire** (MSH INTERNATIONAL) dans les 2 JOURS qui suivent l'entrée à l'**Hôpital**, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation. Pour toute prolongation de l'hospitalisation au-delà de 30 JOURS, la **Demande d'accord préalable** doit être renouvelée au cours des 10 PREMIERS JOURS qui suivent la fin de ladite période.

2 **les actes de Médecine courante en série ou onéreux** : Les actes médicaux ou consultations en série, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 10, sont soumis à la formalité de l'accord préalable, notamment les actes d'auxiliaires médicaux (kinésithérapie, actes infirmiers, **Orthoptie**, **Orthophonie**, les séances de préparation à l'accouchement...) ou de **Médecine alternative** (Acupuncture, **Ostéopathie**, **Chiropractie**, **Homéopathie**, diététique) et les actes de **Spécialistes**.

Adressez également votre **Demande d'accord préalable** à votre centre de gestion pour les soins onéreux suivants :

- les **Prothèses dentaires - couronnes - bridges, les greffes osseuses, la Parodontologie, la Chirurgie dentaire, si plus de 3 dents sont concernées,**
- les **implants dentaires, l'Orthodontie,**
- la **chirurgie réfractive au laser,**
- les **Prothèses médicales autres que dentaires (orthopédiques et auditives...)**
- les **tentatives de Procréation médicalement assistée,**
- les **diagnostics des anomalies chromosomiques,**
- les **séjours en centre médicalisé,**
- les **actes de Chirurgie ambulatoire.**

L'assuré doit faire parvenir au **Gestionnaire** (MSH INTERNATIONAL), au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, la **Demande d'accord préalable** remplie et signée par le praticien. Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la **Demande d'accord préalable** doit être accompagnée de l'ordonnance du **Médecin** prescripteur. Cet accord n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord et dans les limites fixées dans l'accord.

3 **la Maternité** : Faites une **Demande d'accord préalable** en nous adressant une déclaration de **Grossesse**, comportant la date prévue d'accouchement, avant la fin du troisième mois.

• A QUOI SERT LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE ?

Celle-ci est indispensable afin de :

- valider le type de soin proposé par rapport à la pathologie,
- vous informer sur le montant qui vous sera remboursé,
- vous délivrer un éventuel accord de **Prise en charge** direct vous évitant l'avance de frais.

Elle nous permet également de négocier les tarifs avec les établissements hospitaliers ou les praticiens de santé. Pour toute question sur la **Demande d'accord préalable**, merci de contacter au préalable votre centre de gestion (SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS').

• COMMENT OBTENIR UN ACCORD PRÉALABLE ?

- 1 Envoyez par e-mail (precert@msh-intl.com), courrier postal ou fax votre plan de traitement incluant l'ordonnance du prescripteur ou rapport médical, les radios si besoin et/ou un devis détaillé.
- 2 À réception de votre demande complète, nous vous précisons dans les 72h les conditions de votre remboursement.

• POUR LES ASSURÉS AUX ÉTATS-UNIS, QUE SE PASSE-T-IL SI UN ACCORD PRÉALABLE A ÉTÉ OBTENU MAIS QUE L'ASSURÉ DÉCIDE DE SE FAIRE SOIGNER DANS UN HÔPITAL, CHEZ UN MÉDECIN OU DANS UNE CLINIQUE NE FAISANT PAS PARTIE DU RÉSEAU MÉDICAL UNITEDHEALTHCARE INTERNATIONAL ?

Nous réduisons le montant pris en charge par le Contrat d'assurance de groupe ouvert de 20%.

Une liste des **Hôpitaux**, cliniques et **Médecins** du Réseau médical UnitedHealthcare International est disponible en ligne, voir pour cela l'article '[Information importante pour les soins reçus aux USA](#)'. Dans certains cas, il ne sera peut-être raisonnablement pas possible d'obtenir des soins dans un **Hôpital**, chez un **Médecin** ou dans une clinique du Réseau médical UnitedHealthcare International. Dans cette situation, nous n'appliquerons aucune réduction des frais pris en charge.

Par exemple :

- s'il n'y a pas d'**Hôpital**, de **Médecin** ou de clinique du Réseau médical UnitedHealthcare International dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile de l'Assuré ; et
- lorsque les soins dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les **Hôpitaux**, chez les **Médecins** ou dans les cliniques du Réseau médical UnitedHealthcare International local.

IMPORTANT

Si la Demande d'accord préalable n'est pas effectuée ou a été refusée, le remboursement des soins prévu par le Contrat d'assurance de groupe ouvert est diminué. Pour toute demande de remboursement de frais soumis à accord préalable mais n'ayant pas fait l'objet de cette formalité, le Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL) applique une pénalité pouvant aller de 40% à 100% sur le montant de la Prestation.

Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en Zone 5 en dehors du Réseau médical UnitedHealthcare International.

Veillez donc bien à systématiquement demander un accord préalable avant d'engager des frais. Nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE DIRECTE DES ACTES DE SANTÉ ONÉREUX

• QU'ENTEND-ON PAR PRISE EN CHARGE ?

La demande de Prise en charge vise à demander à MSH INTERNATIONAL de régler directement le professionnel ou l'établissement de santé, pour votre compte, sans que vous ayez à faire l'avance de frais.

• DANS QUELS CAS EST-IL POSSIBLE DE DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE ?

- **Pour une Maternité** Lorsque le paiement direct est accepté par l'établissement hospitalier, MSH INTERNATIONAL adressera l'accord de **Prise en charge** à celui-ci un mois avant la date prévue de l'accouchement pour couvrir les frais de **Maternité**, suivant les termes de votre contrat.
- **Pour une hospitalisation** MSH INTERNATIONAL règle vos frais de santé directement à l'établissement hospitalier suivant les termes de votre contrat. Vous n'aurez qu'à régler les frais non couverts par l'assurance (ex.: téléphone, télévision).
- **Pour d'autres types de soins (sauf dentaire et optique)** MSH INTERNATIONAL peut étendre son système de **Prise en charge** à une gamme plus large d'actes médicaux. N'hésitez pas à nous contacter pour savoir si le soin dont vous allez bénéficier peut faire l'objet d'un paiement direct ([SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'](#)).

• QUELLES SONT LES DÉMARCHES À SUIVRE POUR UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ?

En cas d'hospitalisation programmée ou de maternité :

- 1 Contactez votre centre de gestion par téléphone, e-mail (precert@msh-intl.com) ou fax au moins 10 jours avant votre admission à l'**Hôpital**, en précisant le nom de l'**Hôpital** / praticien, son adresse et son numéro de téléphone.
- 2 Rendez-vous sur www.asfe-expat.com et remplissez votre demande de **Prise en charge** directement via : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique Vos remboursements / Demande de Prise en charge. Envoyez l'ensemble des documents à votre centre de gestion ([SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'](#)).
- 3 Nous prendrons alors directement contact avec l'**Hôpital** et vous délivrerons une confirmation de **Prise en charge** hospitalière. MSH INTERNATIONAL effectuera alors le paiement des frais auprès du prestataire sous réserve d'acceptation médicale.

En cas d'urgence

- 1 Rendez-vous directement à l'**Hôpital** et présentez votre carte ASFE - MSH-INTERNATIONAL au service des admissions de l'**Hôpital**.
- 2 Demandez-leur de nous contacter au plus tard dans les 48 heures après votre admission. Nous leur délivrerons une confirmation de **Prise en charge** hospitalière.

IMPORTANT

Dès votre arrivée à l'Hôpital, n'hésitez pas à présenter votre carte ASFE - MSH INTERNATIONAL: elle facilitera vos démarches administratives. Quel que soit le pays dans lequel vous êtes, privilégiez le secteur public ou conventionné lorsqu'il existe, ou contactez-nous pour connaître les établissements pratiquant des prix correspondant à notre grille de « Coûts usuels et raisonnables ».

INFORMATION IMPORTANTE POUR LES SOINS REÇUS AUX USA

• CAS DES ASSURÉS AYANT OPTÉ POUR LA ZONE DE COUVERTURE DES ÉTATS-UNIS

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

Ces accords vous permettent notamment:

- d'accéder à une sélection d'Hôpitaux et de praticiens de santé de qualité pour UnitedHealthcare et de pharmacies reconnues pour Optum RX,
- d'éviter de procéder à l'avance des frais médicaux auprès des praticiens du Réseau médical UnitedHealthcare, dès lors que la carte est présentée en amont de tout acte médical,
- d'obtenir une prise en charge de vos prescriptions médicales auprès des pharmacies du Réseau médical Optum RX, dès lors que la carte Optum RX leur est présentée en amont de toute délivrance de prescription médicale.

• CARTE UNITEDHEALTHCARE / OPTUM RX / MSH INTERNATIONAL, POUR VOS SOINS AUX ÉTATS-UNIS

Dans les semaines qui suivront votre affiliation, vous recevrez une carte UnitedHealthcare/Optum RX. Cette carte sera au nom de l'Adhérent principal, mais fonctionnera également pour tous les **Ayants droit**. Veillez à présenter votre carte aux praticiens du Réseau médical UnitedHealthcare International et Optum RX afin d'éviter l'avance des frais médicaux.

Trouver un praticien du Réseau médical UnitedHealthcare International:

- Cliquez sur ce lien suivant: <https://www.providerlookuponline.com/uhc/po7/Search.aspx>
- Entrez vos critères de localisation

IMPORTANT

Votre couverture aux États-Unis vous laisse toujours la liberté de choisir l'Hôpital qui vous convient le mieux pour votre traitement (y compris hors Réseau médical UnitedHealthcare International). Toutefois, si vous décidez de recevoir des soins aux États-Unis, dans un Hôpital, chez un Médecin ou dans une clinique ne faisant pas partie du Réseau médical UnitedHealthcare International, tous les paiements que nous effectuons seront réduits de 20%. Néanmoins, dans l'hypothèse où il ne serait matériellement pas possible de recevoir des soins d'un membre du Réseau médical UnitedHealthcare International, soit pour des raisons géographiques ou en cas d'Urgence, la réduction de remboursement prévue au contrat de 20% ne sera pas appliquée. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus sans que la Demande d'accord préalable n'ait été effectuée ou lorsqu'elle a été refusée. Ces exceptions comprennent notamment les cas où:

- il n'y a pas d'Hôpital, de Médecin, de clinique du Réseau médical UnitedHealthcare International dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile de l'Assuré; et
- les soins dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les Hôpitaux, chez les Médecins et dans les cliniques du Réseau médical UnitedHealthcare International local.

Trouver une pharmacie du Réseau médical Optum RX:

- Cliquez sur le lien suivant pour accéder à la pharmacie la plus proche de votre localisation: <https://chp.optumrx.com/RxSolWeb/mvc/pharmacySearch/searchByZipOrStateCity.do?type=PDPClientPharmacy&>
- Entrez vos critères de localisation

IMPORTANT

Votre couverture aux États-Unis vous laisse toujours la liberté de choisir la pharmacie qui vous convient le mieux pour l'achat de vos Médicaments prescrits (y compris hors Réseau médical Optum RX). Toutefois, si vous décidez d'acheter des Médicaments prescrits, aux États-Unis, auprès d'une pharmacie ne faisant pas partie du Réseau médical Optum RX, tous les paiements que nous effectuons seront réduits de 20%. Néanmoins, dans l'hypothèse où il ne serait matériellement pas possible d'accéder à une pharmacie membre du Réseau médical Optum RX, soit pour des raisons géographiques ou en cas d'Urgence, la réduction de remboursement prévue au contrat de 20% ne sera pas appliquée. Ces exceptions comprennent notamment les cas où:

- il n'y a pas de pharmacie du Réseau médical Optum RX dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile de l'Assuré; et
- les médicaments dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les pharmacies du Réseau médical Optum RX local. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus sans que la Demande d'accord préalable n'ait été effectuée ou lorsqu'elle a été refusée.

• CAS DES ASSURÉS N'AYANT PAS OPTÉ POUR LA ZONE DE COUVERTURE DES ÉTATS-UNIS

Si vous n'avez pas opté pour la Zone de couverture correspondant aux États-Unis mais que vous devez y recevoir des soins d'Urgence faisant suite à un Accident ou à une **Maladie inopinée** nécessitant une intervention chirurgicale ou un **Traitement médical** ne pouvant pas attendre le rapatriement dans votre **Pays de résidence principale**, ou encore à une dégradation d'une **Maladie** grave représentant un danger immédiat et sérieux pour votre santé, dans le cadre d'un déplacement professionnel ou touristique n'excédant pas 60 jours, nous vous recommandons, avant d'engager la moindre dépense, de prendre contact avec notre centre de gestion pour l'Amérique du Nord, situé à Calgary au Canada et dont voici les coordonnées:

ASFE / MSH INTERNATIONAL
Suite 300, 999 8th Street S.W.
Calgary, Alberta T2R 1N7- CANADA
Tél.: +1 403 538 2365 / Fax: +1 403 265 9425 / E-mail: adminamerica@asfe-expat.com

IMPORTANT

Les traitements reçus aux États-Unis, même en cas d'Urgence, ne seront pas couverts si l'Assuré s'est rendu aux États-Unis uniquement afin d'y recevoir un traitement, si les symptômes de la pathologie étaient connus du Bénéficiaire avant son adhésion au contrat ou si les traitements ne font pas suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré. Ces dispositions s'appliquent également lorsque les traitements sont prodigués dans une Zone de couverture supérieure à celle sélectionnée.

MODES DE REMBOURSEMENT PROPOSÉS ET ÉVENTUELS FRAIS BANCAIRES APPLICABLES

Le remboursement peut être effectué:

- soit par chèque,
- ou soit par virement dans la devise de votre compte bancaire.

• FRAIS DE VIREMENT BANCAIRES ÉVENTUELLEMENT APPLICABLES

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

MONNAIES DE REMBOURSEMENT

Nous vous remboursons dans la devise que vous avez précisée dans votre demande de remboursement, sauf s'il est illégal de procéder à un règlement dans cette devise au titre des réglementations bancaires internationales. Dans cette hypothèse, nous vous rembourserons dans la devise que vous utilisez habituellement pour régler votre **Cotisation**.

Si la devise de votre compte bancaire n'est pas celle dans laquelle les soins de santé ont été engagés, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui que publie la Compagnie Financière Edmond de Rothschild le dernier jour du mois précédant la date des soins.

IMPORTANT

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

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES SOINS ONÉREUX

Dans certains cas, nous pouvons être amenés à délivrer à l'Assuré, au **Médecin**, à l'**Hôpital** ou à la clinique une lettre de **Prise en charge**. Ceci a pour objectif de signifier que nous acceptons par avance de prendre en charge dans les conditions du contrat, tout ou partie des frais de soins engagés. Dans ce cas, nous versons alors à l'Assuré, au **Médecin**, à l'**Hôpital** ou à la clinique le montant convenu, dès la réception de la demande et de la copie de la facture correspondantes, une fois les soins dispensés.

- Certains **Médecins**, **Hôpitaux**, ou cliniques peuvent accepter de nous adresser directement la facture. Si les soins sont effectivement pris en charge, le **Médecin**, l'**Hôpital** ou la clinique doivent nous envoyer la facture originale et nous les paierons directement.

- Si le **Médecin**, l'**Hôpital** ou la clinique préfèrent facturer directement l'Assuré et que le **Médecin**, l'**Hôpital** ou la clinique ne sont pas payés, l'Assuré est alors dans l'obligation de nous adresser la facture originale et nous procéderons alors au paiement direct du **Médecin**, de l'**Hôpital** ou de la clinique conformément au contrat.

- Dans l'hypothèse où le **Médecin**, l'**Hôpital** ou la clinique facturent directement l'Assuré et que celui-ci procède au paiement, l'Assuré peut alors nous adresser la facture originale ainsi qu'un justificatif de paiement à l'ordre du **Médecin**, de l'**Hôpital** ou de la clinique. Nous procéderons alors au remboursement de l'Assuré conformément à ce qui est prévu au contrat.

Dans tous les cas, nous ne prendrons bien évidemment en charge que les frais couverts au titre du contrat. Dans l'hypothèse où une partie des frais n'était pas couverte au titre du contrat, nous en avertirions l'Assuré.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES SOINS INFÉRIEURS À 300 €/ \$ (seulement pour les contrats FIRST' EXPAT+)

Les demandes de remboursement peuvent être transmises par voie électronique (voir article '**Faire une demande de remboursement pour vos frais de santé courants**') pour toutes les factures de moins de 300 €/ \$ (ou équivalent dans la monnaie de paiement). **Simple et rapide, ce mode de transmission sécurisé vous permettra de bénéficier de délais de traitement optimisés (4 jours en moyenne).**

IMPORTANT

Vous devez conserver les documents originaux pendant 24 mois à compter de la date des soins car ils peuvent vous être réclamés à titre de contrôle à tout moment au cours de cette période. Si vous ne pouvez pas fournir les documents originaux demandés, le règlement effectué sur la base des justificatifs numérisés sera considéré comme indu.

MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

• ASSURANCES CUMULATIVES

Les remboursements du régime social de base éventuel, de l'Assureur et de tout autre organisme, ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion. La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

• RESPONSABILITÉ CIVILE D'UN TIERS - SUBROGATION

Il est stipulé que l'Assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L- 121-12 du Code des Assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

L'Adhérent principal ou l'un de ses **Ayants droit** doit(vent) communiquer toute information nécessaire s'il(s) est (sont) en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers.

La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans l'accord écrit du **Gestionnaire**, conclure un accord ou s'opposer au droit du **Gestionnaire** de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, le **Gestionnaire** sera en droit de récupérer les sommes versées et de résilier l'adhésion au contrat.

L'Adhérent et les **Ayants droit** reconnaissent le droit de **Subrogation** de l'Assureur.

COÛTS USUELS ET RAISONNABLES ET DÉPENSES MÉDICALES MAÎTRISÉES

Ne sont considérés comme **Coûts usuels et raisonnables** et donc remboursés par le contrat que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, feront l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

Afin d'assurer la pérennité de votre contrat et de maîtriser au mieux l'évolution des dépenses de soins, nous sensibilisons nos Assurés quant à l'intérêt de dépenses médicales maîtrisées.

• FAVORISEZ LA PRÉVENTION

- Effectuez avant le départ tous les vaccins recommandés pour votre pays de destination.

- Consultez nos informations médicales sur: www.asfe-expat.com, **Espace Assuré**, rubrique **Votre Santé**, avec notamment les modules de formation pour prévenir certaines **Maladies** (paludisme,...).

- Avant le départ, réalisez un bilan de pré-expatriation pour toute la famille et effectuez des **Bilans de santé** réguliers; certaines pathologies étant incompatibles avec certains climats. Attention: cette garantie n'est pas toujours prévue au contrat.

• ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES

- Essayez de recourir le plus possible au secteur public ou conventionné quand il existe.

- Si votre **Conjoint** bénéficie d'un autre contrat d'assurance santé, sollicitez-le en premier lieu pour les dépenses de santé qui le concernent.

- Évitez de communiquer à l'avance le niveau de remboursement de votre contrat, notamment aux dentistes et opticiens, afin de ne pas entraîner automatiquement un alignement de leurs tarifs sur votre niveau de garantie.
- Limitez le nombre de visites auprès de différents praticiens pour une même pathologie.

• **BÉNÉFICIEZ DE PRESTATIONS MÉDICALES DE QUALITÉ À UN « COÛT USUEL ET RAISONNABLE »**

- Les tarifs médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même ville : certains pratiquent des tarifs jusqu'à 10 fois plus élevés que d'autres, à qualité de **Prestation** égale.
- Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, nous avons établi un référentiel interne de « **Coûts usuels et raisonnables** »- Il s'agit d'une grille de tarifs que nous estimons raisonnables établie selon les soins et les pays concernés.
- N'hésitez pas à solliciter en amont nos équipes médicales afin de connaître les niveaux de « **Coûts usuels et raisonnables** » pour une **Prestation** de santé donnée.

• **AYEZ RECOURS DÈS QUE POSSIBLE AU RÉSEAU MÉDICAL DE MSH INTERNATIONAL (NOTAMMENT AUX ÉTATS-UNIS)**

Vous êtes libre dans le choix de votre prestataire de santé, mais en privilégiant le Réseau médical MSH INTERNATIONAL (accessible dans votre **Espace Assuré**, rubrique '**Votre Santé / Trouver un prestataire**'), vous pourrez géo-localiser les prestataires de santé les plus proches de vous et ainsi bénéficier de soins de qualité partout dans le monde à des tarifs raisonnables. Vous profiterez ainsi de la plus grande qualité de soins possible tout en minimisant les risques de dépasser vos plafonds de garanties. Pour les Adhérents ayant sélectionné la **Zone de couverture** incluant les États-Unis, nous vous rappelons que les soins effectués au sein du **Réseau médical** bénéficieront d'un meilleur remboursement que les soins effectués en dehors du **Réseau médical**.

STRICTE CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Les Adhérents et **Ayants droit** au contrat sont tenus de respecter strictement les procédures de demandes de remboursement détaillées dans le présent **Guide de l'Adhérent**. Dans le cas contraire, nous ne prendrons pas en charge la demande telle qu'adressée par vous ou vos **Ayants droit**.

2.2 / FRANCHISES, CO-PAIEMENTS ET PARTICIPATION AUX FRAIS DE SANTÉ

Si vous avez opté pour une **Franchise**, celle-ci apparaît sur votre **Certificat d'adhésion**. Celle-ci vous permet de bénéficier d'un niveau de **Cotisation** inférieur à ce qu'il devrait être sans **Franchise**. Voici pour rappel les différents montants de **Franchise** qui sont proposés au titre de ce contrat :

Franchise exprimée en € (EURO)	Franchise exprimée en \$ (DOLLAR US)
350 €	500 \$
750 €	1000 \$
2 000 €	2500 \$
4 000 €	5 000 \$

FONCTIONNEMENT DES FRANCHISES

La **Franchise** désigne le montant que vous devez payer pour vos frais médicaux, par Année d'assurance, avant que nous puissions commencer à vous rembourser. Il s'agit du montant à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels **Ayants droit**, qui est déduit de la somme remboursable. La **Franchise** s'applique **par personne** et **par** Année d'assurance. Si cette option a été sélectionnée elle sera indiquée dans le **Certificat d'adhésion**.

Si votre demande de remboursement excède le montant total de votre **Franchise** ou le montant restant de votre **Franchise** (si vous avez déjà soumis des demandes de remboursement n'atteignant pas le montant annuel), nous vous rembourserons des soins couverts au-delà du montant de **Franchise** annuelle sélectionné.

Par exemple :

- 1 Lors de votre adhésion, vous avez opté pour une franchise de 350 €.
- 2 Vous avez une première facture de 1 000 € dans un établissement de santé.
- 3 MSH INTERNATIONAL vous rembourse donc 650 €.

Dès lors que le montant annuel de Franchise a été atteint, toutes les dépenses de santé couvertes au titre du contrat seront remboursées dans la limite des garanties souscrites.

Le montant de la **Franchise** s'applique séparément à chaque **Bénéficiaire** figurant sur la **Demande d'adhésion**. Il s'applique pour chaque Année d'assurance. Il est de la responsabilité de l'Adhérent et de ses éventuels **Ayants droit** de payer le montant de la **Franchise** directement au **Médecin**, à l'**Hôpital** ou à la clinique. En cas de besoin, nous vous informerons du montant à régler au praticien de santé.

IMPORTANT

Il est important que vous nous adressiez TOUTES vos demandes de remboursement, même si le montant de la demande de remboursement n'atteint pas celui de la Franchise choisie. Dans ce cas, nous ne procéderons pas au remboursement mais votre demande de remboursement sera prise en compte dans le calcul de l'atteinte de votre Franchise annuelle. Nous devons donc recevoir l'intégralité de vos demandes de remboursement, y compris tant que le montant total de la Franchise annuelle n'a pas été atteint.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT AVEC L'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Si nous réglons directement l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit :

- nous déduisons du montant remboursable celui de la franchise.

Si nous réglons directement le praticien de santé :

- nous réglerons le praticien de santé de l'intégralité des frais engagés pour les soins reçus, dans la limite des garanties du contrat et des soins couverts par celui-ci, en déduisant le montant de la **Franchise**. L'Assuré devra régler le montant de la **Franchise** directement au Prestataire de santé.

CHANGER DE FRANCHISE

Vous pouvez demander à faire modifier votre niveau de **Franchise** à chaque **Date de reconduction annuelle** de votre contrat. **Il est possible de procéder à un seul changement à la hausse ou à la baisse du niveau de Franchise retenu, ou bien d'ajouter ou de retirer une Franchise existante, une seule fois pendant toute la vie du contrat.**

Si vous souhaitez opter pour une suppression ou une réduction de votre **Franchise**, nous pourrions vous demander de remplir un **Questionnaire médical de santé** et nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spécifiques. Si vous optez pour l'ajout d'une **Franchise** ou pour un montant de **Franchise** supérieur, ceci fera baisser le montant de votre **Cotisation**. A l'inverse, si vous optez pour la suppression d'une **Franchise** ou pour un montant de **Franchise** inférieur, ceci fera augmenter le montant de votre **Cotisation**.

CO-PAIEMENT (POUR ZONE DE COUVERTURE USA UNIQUEMENT)

Si vous avez sélectionné la **Zone de couverture USA** pour votre contrat, un principe de **Co-paiement** s'applique à certains actes couverts au titre du contrat, pour vos soins reçus aux USA.

Le **Co-paiement** consiste en un montant fixe défini au contrat **par acte ou par visite** et qui reste à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels **Ayants droit**, applicable à chaque **Bénéficiaire** pour chaque acte ou visite concerné(e).

Il est de la responsabilité de l'Adhérent et de ses éventuels **Ayants droit** de payer le montant du **Co-paiement** directement au **Médecin**, à l'**Hôpital** ou à la clinique.

Pour connaître dans le détail les actes concernés, merci de vous reporter au chapitre '**4 PRESTATIONS SANTÉ EN DÉTAIL : TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ**'.

PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE ANNUELLE

Si vous avez sélectionné la Zone de couverture USA pour votre contrat, un principe de Participation aux frais de santé s'applique aux frais d'hospitalisation, pour vos soins reçus aux USA, sur les formules Pearl et Sapphire, ainsi que sur la formule Diamond pour des soins reçus en dehors du Réseau médical.

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

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

Le montant de la participation aux frais est calculé sous déduction de l'application du co-paiement et d'une éventuelle franchise. Seuls les montants que vous réglez effectivement relatifs à la participation aux frais contribuent à la participation maximale.

Formule PEARL (sans franchise)

Facture d'hôpital:	15 000 \$
Co-paiement (au sein du réseau médical):	400 \$
Participation aux frais (au sein du réseau médical):	20% (80% sont remboursés par votre contrat)
Participation maximale aux frais:	4 000 \$
<i>Rappel: votre Participation maximale aux frais est le montant maximal annuel à votre charge au titre de la Participation aux frais (hors co-paiement qui reste à votre charge pour chaque hospitalisation).</i>	
Votre co-paiement est de 400 \$. Votre participation aux frais se calcule donc sur la base de 14 600 \$.	
Participation aux frais (20%):	2 920 \$ (soit 0,2 X 14 600 \$)
Dans ce cas, votre participation aux frais n'atteint pas le montant de participation maximale aux frais.	
Sur la facture de 15 000 \$:	
Sont à votre charge:	3 320 \$ (co-paiement de 400 \$ + participation aux frais de 2 920 \$)
Nous vous remboursons:	11 680 \$ (15 000 \$ - 3 320 \$)

Formule SAPHIRE (sans franchise)

Facture d'hôpital:	40 000 \$
Co-paiement (au sein du réseau médical):	200 \$
Participation aux frais (au sein du réseau médical):	10% (90% sont remboursés par votre contrat)
Participation maximale aux frais:	2 000 \$
<i>Rappel: votre Participation maximale aux frais est le montant maximal annuel à votre charge au titre de la Participation aux frais (hors co-paiement qui reste à votre charge pour chaque hospitalisation).</i>	
Le co-paiement est de 200 \$. Votre participation aux frais se calcule donc sur la base de 39 800 \$.	
Participation aux frais (10%):	3 980 \$ (soit 0,1 X 39 800 \$)
Vous ne paierez donc pas plus que le montant de participation maximale aux frais.	
Sur la facture de 40 000 \$:	
Sont à votre charge:	2 200 \$ (co-paiement de 200 \$ et participation maximale aux frais de 2 000 \$, au lieu de 3 980 \$)
Nous vous remboursons:	37 800 \$ (40 000 \$ - 2 200 \$)

Si vous avez opté pour une franchise, celle-ci s'appliquera après le co-paiement. La franchise n'est pas incluse dans la participation aux frais.

2.3 / ACCÈS AUX SERVICES UTILES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

Des services de qualité partout dans le monde et des conseils au quotidien pour faciliter vos démarches de santé.

• UNE ÉQUIPE DÉDIÉE POUR UNE RELATION PERSONNALISÉE

- Disponible 24h/24 et 7j/7 grâce à 4 centres de gestion : Calgary, Paris, Dubaï et Shanghai.
- Multiculturelle: plus de 40 langues parlées et 60 nationalités.
- Connaisseur parfaitement les spécificités des systèmes de santé locaux.
- Disposant de **Médecins conseils** à plein temps pour vous apporter une expertise médicale.

• DES SERVICES EFFICACES

- **Prises en charge** directes en cas d'hospitalisation ou de soins coûteux dans le monde entier.
- Remboursements traités en 5 jours et réalisés dans plus de 150 devises.
- Généralisation du Tiers payant à travers le monde.
- Second avis médical en cas de doute sur un diagnostic.

• UN RÉSEAU MÉDICAL INTERNATIONAL PERFORMANT

Vous êtes libre dans le choix de votre prestataire de santé mais privilégiez les praticiens et établissements hospitaliers appartenant au **Réseau médical** MSH INTERNATIONAL.

Grâce à notre **Réseau médical** de plus de 850 000 prestataires de santé, vous bénéficiez de soins de qualité partout dans le monde à des tarifs raisonnables et habituels ou préférentiels. Retrouvez leurs coordonnées sur :

www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique **Votre Santé / Trouver un prestataire**

• UNE ÉQUIPE MÉDICALE MULTICULTURELLE

L'équipe médicale MSH INTERNATIONAL compte 20 **Médecins conseils** qui parlent couramment l'anglais et au moins une autre langue étrangère (espagnol, anglais, chinois, français, arabe...) facilitant ainsi vos échanges avec les **Hôpitaux**.

Nos **Médecins** sont à votre écoute pour :

- vous expliquer le traitement recommandé par votre praticien,
- obtenir un second avis médical en cas de doute sur un diagnostic,
- bénéficier d'un avis sur les Coûts usuels et raisonnables de santé pratiqués dans votre **Pays de résidence principale**,
- vous aider à choisir des praticiens ou établissements de santé pratiquant des tarifs proches de nos plafonds de remboursement.

Pour les contacter, une adresse unique :

medical@msh-intl.com ou adressez-vous à votre centre de gestion (**SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'**).

IMPORTANT

Les informations reçues seront traitées en toute confidentialité. Seules nos équipes médicales ont accès à cette boîte e-mail dédiée.

Des supports de communication pour vous accompagner dans vos démarches et vous informer au quotidien.

• UN SUIVI PERSONNALISÉ DE VOS DÉMARCHES

- Un « Welcome Package » par courrier dès la mise en place du contrat avec toutes les informations nécessaires (carte d'Assuré, **Guide de l'Adhérent**, services Internet, etc.) ainsi qu'une confirmation par e-mail de votre adhésion.
- Des alertes e-mails dès réception d'une demande de remboursement de soins et dès qu'un nouveau décompte est en ligne sur votre Espace Assuré.
- Des e-mails ponctuels pour bénéficier d'informations importantes.

• DES CONSEILS PRÉVENTION ET SANTÉ

- Des fiches pratiques santé et conseils sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique **Votre Santé**
- Des newsletters trimestrielles pour vous informer de vos nouveaux services, notre actualité et aborder les thèmes relatifs à votre santé.

IMPORTANT

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

2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS

Pour toute demande, contactez votre centre de gestion, à votre écoute 7j/7, 24h/24 :

• AMÉRIQUE DU NORD

ASFE / MSH

Suite 300, 999 - 8th Street S.W. Calgary, Alberta T2R 1N7
CANADA

Tél.: +1 403 232 8545

Fax: +1 403 265 9425

adminamerica@asfe-expat.com

• EUROPE

ASFE / MSH

82, rue Villeneuve
92587 Clichy cedex FRANCE

Tél.: +33 (0)1 44 20 48 07

Fax: +33 (0)1 44 20 48 79

admin europe@asfe-expat.com

• MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE

ASFE / MSH

Office 304, Level 3, Liberty House DIFC - PO Box 506537
Dubai

UNITED ARAB EMIRATES

Tél.: +971 4 365 1305

Fax: +971 4 363 7327

adminmea@asfe-expat.com

• ASIE

ASFE / MSH

5/F, North Tower, Building 9, Lujiazui Software Park, Lane
91, E Shan Rd,

Shanghai - P.R. CHINA, 200127

Tél.: +86 21 6187 0593

Fax: +86 21 6160 0153

BON À SAVOIR

Pour connaître le centre de gestion dont vous dépendez, rendez-vous sur :

www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique [Contactez-nous/Nos coordonnées](#).

Vous y retrouverez également tous nos contacts à travers le monde, en cas de prise en charge hospitalière en dehors de votre zone habituelle de couverture.

IMPORTANT

Notre équipe commerciale est également à votre disposition pour toute modification de votre contrat (ajout de garanties, changement de contrat, etc.) par téléphone au +33 (0)1 44 20 48 77 ou par e-mail: contact@asfe-expat.com.

2.5 / ACCÈS A VOTRE ESPACE ASSURÉ

Votre Espace Assuré regroupe toutes les informations sur la vie de votre contrat et vous propose de nombreux services pour vous simplifier la vie...

• FONCTIONNALITÉS DÉTAILLÉES

Dans votre Espace Assuré, sur www.asfe-expat.com, vous pouvez en quelques clics :

- consulter et télécharger vos garanties, **Guide de l'Adhérent** et carte d'assurance ;
- effectuer vos demandes de remboursement et prises en charge hospitalières ;
- suivre en temps réel vos demandes de remboursement :
 - alerte e-mail dès réception de votre demande et lors de la mise en ligne du décompte,
 - consultation de vos décomptes de remboursement sur les 24 derniers mois ;
- trouver, où que vous soyez dans le monde :
 - un **Médecin** et/ou un établissement de santé proche de chez vous,
 - la situation sanitaire détaillée par pays, les vaccins indispensables ;
- modifier vos données personnelles (adresse postale, adresse e-mail, mot de passe...)
- lire nos newsletters pour suivre l'actualité santé ;
- « nous laisser un message ».

• MISE À JOUR IMPÉRATIVE DE VOTRE ADRESSE E-MAIL

N'oubliez pas de renseigner ou de mettre à jour votre adresse e-mail dans la rubrique « Votre Situation » pour bénéficier des alertes e-mails de suivi de votre dossier de remboursement.

• OBTENTION DE VOS IDENTIFIANTS EN 3 CLICS

- 1 Connectez-vous sur www.asfe-expat.com, Espace Assuré.
- 2 Sur l'écran d'authentification, cliquez sur « Obtenir vos identifiants ».
- 3 Renseignez les informations demandées et cliquez sur « Envoyer »- Vous recevrez vos login et mot de passe directement par e-mail.

• CONNEXION SÉCURISÉE

La connexion à votre Espace Assuré est sécurisée et garantit la confidentialité des informations et des opérations réalisées.

IMPORTANT

Pour une authentification réussie, renseignez vos noms de famille et adresses e-mail tels qu'ils nous ont été communiqués lors de votre adhésion. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à nous contacter par e-mail ou par téléphone.

QUESTIONS FRÉQUENTES SUR L'UTILISATION DE VOTRE ESPACE ASSURÉ

• COMMENT MODIFIER MES COORDONNÉES PERSONNELLES (ADRESSE E-MAIL, MOT DE PASSE...)?

Vos coordonnées sont modifiables en ligne sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique [Votre Affiliation](#), [Votre Situation](#).

• COMMENT MODIFIER MON MOT DE PASSE ?

Une fois connecté à votre **Espace Assuré**, cliquez sur la rubrique [Votre Situation](#) pour modifier votre mot de passe.

• J'AI PERDU MA CARTE ASFE - MSH INTERNATIONAL. COMMENT EN OBTENIR UNE AUTRE ?

- Rendez-vous sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique [Carte d'assurance](#),
- Imprimez votre e-card personnalisée ou
- Contactez votre centre de gestion pour obtenir un duplicata ([SECTION '2.4 / ACCÈS A VOS CONTACTS'](#))

3 / DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ

Les mots et phrases apparaissant ci-dessous ont les significations indiquées. Lorsque ces mots et phrases sont utilisés conformément à ces définitions, ils apparaîtront en gras dans le présent Guide de l'Adhérent (Notice d'Information valant Conditions Générales).

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

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

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

Adhérent: Personne, âgée de moins de 71 ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article 'Votre adhésion au contrat et les personnes garanties', pour elle-même et ses éventuels Ayants droit et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

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

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

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

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

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

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

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

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

Auxiliaire médical: Professionnel de santé diplômé qui exerce une profession paramédical. Les auxiliaires médicaux sont les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes.

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

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

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

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

Chambre particulière: Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Les chambres de luxe, VIP et les suites ne sont pas couvertes.

Chambre semi-particulière: Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre pour 2 personnes seulement. Les chambres de luxe, VIP et les suites ne sont pas couvertes.

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

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

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

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

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

Concubin: Personne âgée de moins de 71 ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, vivant en Concubinage avec l'Adhèrent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si :

- l'Adhèrent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS),

En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.

Condition médicale préexistante: Les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhèrent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir.

Conjoint: Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de 71 ans à la date d'adhésion. Pour faciliter la lecture du présent **Guide de l'Adhèrent**, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhèrent.

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

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

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

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

Coûts usuels et raisonnables: Ne sont considérés comme Coûts usuels et raisonnables et donc remboursés que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie. **L'abréviation UCR sera utilisée dans le présent Guide de l'Adhèrent** pour faciliter la lecture.

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

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

Date de résiliation: Date à laquelle les garanties prévues au contrat d'assurance prennent fin, à l'initiative de l'Adhèrent, de l'Assureur ou de l'Association contractante (voir article 'Cessation de l'adhésion et fin des garanties (droit à Résiliation, radiation)').

Date de reconduction annuelle: Chaque date d'anniversaire d'entrée en vigueur de l'adhésion au contrat.

Délai de carence / délai d'attente: Période définie au contrat et reprise dans le Tableau des garanties, pendant laquelle l'adhésion est en vigueur et les garanties ne le sont pas encore.

Les Délais de carence s'appliquent à compter de la Date d'effet de l'adhésion de chaque personne garantie par celle-ci.

Délai de renonciation: Un Délai de renonciation est accordé à une personne qui vient d'adhérer à un contrat d'assurance à adhésion facultative. Un Adhèrent peut ainsi revenir sur sa décision de souscrire au contrat d'assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (voir article 'Annuler l'adhésion au contrat avant sa prise d'effet: le Délai de renonciation').

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

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

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

- âgé de moins de 20 ans,

- âgé de moins de 26 ans(*) s'il poursuit des études et est couvert par le contrat au 1^{er} euro, (*) : si l'enfant est couvert par le contrat en complément de la CFE, il sera considéré à charge jusqu'à la veille de son 20^e anniversaire.

Pour les enfants étudiants de plus de 20 ans (et jusqu'au 26^e anniversaire) sur le contrat au 1^{er} euro, un certificat de scolarité est requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

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

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

Grossesse : Période s'échelonnant entre la date de conception jusqu'à la date d'accouchement.

Guide de l'Adhérent (notice d'information valant conditions générales) : Document définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursement), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion et le Tableau des garanties. Par facilité d'usage, nous le désignerons ici sous le terme de **Guide de l'Adhérent**.

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

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

Hospitalisation à domicile : L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

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

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

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

Kinésithérapie sans prescription : Ensemble des soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un Médecin n'a pas été délivrée avant le début du traitement. La couverture est limitée au nombre de séances et au plafond de remboursement spécifique à ce poste, tels qu'indiqués sur le Tableau des garanties. La kinésithérapie exclut certains traitements dont la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages de bien-être, le Rolfing et la thérapie MILTA ainsi que toutes autres méthodes non reconnues par la communauté médicale scientifique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médecine courante : Traitements, hors Soins dentaires courants et ophtalmologiques (sauf pour certaines formules, voir le Tableau des garanties), pratiqués par un Médecin généraliste ou un Médecin spécialiste, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine et autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas l'admission du patient dans un Hôpital.

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

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

Ils doivent pour cela respecter les critères suivants:

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

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

Médicaments sur prescription pour une affection longue durée: Liste des affections de longue durée :

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

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

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

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

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

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

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

Partenaire : Personne âgée de moins de 71 ans à l'adhésion quel que soit son statut liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS). Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

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

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

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

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

Pays d'origine : Pays pour lequel l'Assuré possède un passeport en cours de validité et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

Période de garantie / période de couverture : Période de 365 jours continus au cours de laquelle l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit sont couverts en vertu de l'adhésion au contrat. Celle-ci démarre à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat comme indiqué sur le Certificat d'assurance (sauf si celle-ci est résiliée par anticipation et conformément aux règles du contrat).

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

Plafond global (des garanties santé) : Le Tableau des garanties du contrat prévoit 2 types de plafonds de garantie :
- le Plafond global des garanties santé désigne le montant maximal que le Gestionnaire paiera pour l'ensemble des garanties santé (hospitalisation & Médecine courante ainsi que les options dentaire/optique et Maternité si souscrites), par Bénéficiaire, par Année d'assurance, pour un niveau de couverture santé sélectionné ;
- à ce Plafond global des garanties santé viennent s'ajouter pour certaines garanties en particulier (Médecine courante + options optique/dentaire et Maternité) ou certains actes en particulier (consultations, Vaccinations, verres et montures...) des plafonds propres en valeur et/ou en nombre de jours ou d'actes/séances, qui sont appliqués soit par Année d'assurance, soit pour toute la vie du contrat, soit par acte ou consultation, soit par jour... Tous les plafonds s'appliquent par principe par Bénéficiaire et par Année d'assurance, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties.

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

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

Procréation médicalement assistée : Voir Traitement de l'infertilité.

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

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

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

Questionnaire médical (de santé) : Dans le cadre de la Demande adhésion au contrat d'assurance, ensemble de questions portant sur la santé de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit permettant au Médecin conseil de l'Assureur d'évaluer leur état de santé et de fixer les conditions d'assurance. En cas de risques accrus pour l'Assureur, le remplissage du Questionnaire médical de santé peut se traduire par un complément de Cotisation pour l'Adhérent ou l'un de ses ayants-droit, une exclusion de garantie(s) ou un refus total de la Demande d'adhésion au contrat. La durée de validité du Questionnaire Médical est de 4 mois.

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

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

Résiliation: La Résiliation est la procédure formelle par laquelle l'Assureur, l'Association contractante ou l'Adhérent mettent fin au contrat ou à l'adhésion au contrat qui les lie.

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

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

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

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

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

Soins immédiats du nouveau-né: Désignent l'ensemble des tests et examens réalisés immédiatement après la naissance qui permettent d'évaluer l'intégrité fonctionnelle du nouveau-né (organes et structure osseuse). Toutes les autres procédures de diagnostic préventif complémentaires (incluant les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs) ne sont pas couverts par le contrat de la mère, sauf bien entendu si l'enfant a été ajouté à l'adhésion au contrat comme Ayant droit éligible. Tous ces autres examens Médicalement nécessaires ou traitements sont couverts selon les conditions souscrites au titre du nouveau-né.

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture: Désignent les soins d'Urgence reçus dans une zone supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, que ce soit au cours d'un voyage à titre professionnel ou touristique.

La couverture est acquise pour une durée maximale de 60 jours par voyage et limitée au Plafond global et ne prend uniquement en charge que les traitements nécessités en cas d'Accident, ou d'apparition d'une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou de dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Adhérent et/ou de ses Ayants droit. Les soins dispensés par un Médecin généraliste ou Spécialiste doivent démarrer dans la période de 24 heures faisant suite au début de l'événement déclencheur.

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

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

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

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

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

Soins prénataux: Désigne l'ensemble des actions de dépistage et examens de suivi classiques d'usage à l'occasion d'une Grossesse.

S'agissant des femmes au-delà de 35 ans, les Soins prénataux peuvent inclure :

- les amniocentèses et les Analyses ADN si directement en liaison avec une amniocentèse couverte au titre du contrat d'assurance ;
- les tests pour le Spina Bifida ; - les tests triples (Bart's) ou quadruples.

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

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

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

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

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

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

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

Transport local en ambulance: Désigne le transport en ambulance d'un patient, requis en cas de Nécessité médicale ou d'Urgence, à destination de l'Hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation. Cette Prestation est assurée par l'Assisteur.

Ucr: Acronyme de 'Usual, Customary, and Reasonable', voir la définition de Coûts Usuels et Raisonables.

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

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

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

Le contrat prévoit 5 zones de couverture (se reporter au paragraphe « Pays spécifique de résidence et Zone de couverture du contrat »).

4 / PRESTATIONS SANTÉ EN DÉTAIL : TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ

4.1 / POUR LES ASSURÉS N'AYANT PAS CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

GARANTIE PRINCIPALE HEALTH: HOSPITALISATION + SOINS MÉDICAUX COURANTS POUR LES ASSURÉS AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT EN ZONE 1, 2, 3 OU 4 (HORS USA)

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€)	400 000 €	800 000 €	1 600 000 €	2 400 000 €
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (\$)	500 000 \$	1 000 000 \$	2 000 000 \$	3 000 000 \$
HOSPITALISATION	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins («UCR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance			

Pas de Délai d'attente pour la garantie Hospitalisation, à l'exception des Traitements et soins psychiatriques (12 mois)

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Hospitalisation	<p>Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ou plusieurs Bénéficiaire(s) reste(nt) à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs, - L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste - La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable. - Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste. <p>Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic, - Le traitement que vous avez déjà reçu, - Le traitement dont vous avez besoin, - La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital. <p>Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convalescence, - Gestion de la douleur (sauf en cas de Soins palliatifs), - Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les Soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins, - Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc., - Des soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante. 			
Chambre d'Hôpital prise en charge	Chambre Semi-particulière (et de standard inférieur) 100% UCR jusqu'à 100 €/125 \$ par jour	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 100% UCR jusqu'à 150 €/190 \$ par jour	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 100% UCR jusqu'à 250 €/310 \$ par jour	Chambre Particulière (et de standard inférieur), jusqu'à 100% UCR
	Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent Tableau des garanties.			
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 18 ans à l'Hôpital	100% UCR jusqu'à 300 €/375 \$ par an	100% UCR jusqu'à 400 €/500 \$ par an	100% UCR jusqu'à 700 €/875 \$ par an	100% UCR
	Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même Hôpital que son enfant Bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent Tableau des garanties.			
Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire)	100% UCR	100% UCR	100% UCR	100% UCR
	Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Hospitalisation d'urgence dans la Zone de couverture sélectionnée et dans les Zones de couvertures inférieures.	<p>Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un Hôpital ou d'un centre médical de jour, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital.</p> <p>Toutes Prestations effectuées dans un service d'urgences non suivies d'une admission seront prises en charge au titre de la Médecine courante.</p> <p>Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les Hospitalisations d'urgence.</p>			
	100 % UCR jusqu'à 60 jours par an	100 % UCR jusqu'à 60 jours par an	100 % UCR jusqu'à 60 jours par an	100 % UCR jusqu'à 60 jours par an
Hospitalisation d'urgence dans une Zone de couverture supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs	<p>Nous prenons en charge tous les frais d'Hospitalisation d'urgence (seulement s'ils font suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré) dans un pays situé dans une Zone de couverture supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs. Sont également exclus de cette couverture tout déplacement pour motif médical, et par conséquent tous les soins programmés dans une Zone de couverture supérieure à la Zone de couverture sélectionnée (sauf avis du Médecin conseil).</p> <p>Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels Ayants droit de contacter le Gestionnaire MSH INTERNATIONAL en cas de déplacements prévus de plus de 60 jours dans une Zone de couverture supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, afin d'adapter le niveau de couverture de votre contrat.</p>			
SOINS COUVERTS DANS LE CADRE DE VOTRE GARANTIE HOSPITALISATION				
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Soins intensifs	<p>Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en Service de Soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	<p>Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire - Salle de réveil - Médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil - Médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en Hôpital. <p>Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en Hôpital de jour.</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Consultations de Médecins généralistes et Spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors Physiothérapie et Médecine alternative) incluant également les actes de Spécialistes	<p>Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes ou Spécialistes pendant votre séjour à l'Hôpital suite à un Evénement couvert.</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence avec hospitalisation	<p>Nous prenons en charge les soins d'Urgence dentaires et ophtalmologiques reçus en Hôpital lorsque ceux-ci sont Médicalement nécessaires suite à un Accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires, les soins implantologiques, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+).</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat	<p>Nous prenons en charge toute dépense liée à des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - actes d'Imagerie médicale, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines... - diagnostics comme les électrocardiogrammes. <p>Si ces examens sont prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Médicaments prescrits	<p>Nous prenons en charge toute dépense de Médicaments prescrits par le Médecin généraliste ou Spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.</p>			
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Dialyse rénale	<p>Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.</p>			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Soins Oncologiques (Traitement du cancer)	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du Traitement d'un cancer , y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les Soins oncologiques , les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « Médecine courante ».			
Traitement du SIDA	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement du VIH.			
Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de Prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale			
Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes (pour chaque Prothèse dans la limite de 2 Prothèses)	100 % UCR jusqu'à 1200 €/1500 \$	100 % UCR jusqu'à 1800 €/2250 \$	100 % UCR jusqu'à 2500 €/3100 \$	100 % UCR
	<p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les Prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si médicalement nécessaire. - les Prothèses ou les dispositifs médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme. <p>Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse. Dans la limite du montant maximum indiqué par période de contrat.</p>			
Soins palliatifs	100 % UCR jusqu'à 10 000 €/12 500 \$	100 % UCR jusqu'à 15 000 €/19 000 \$	100 % UCR jusqu'à 25 000 €/31 000 \$	100 % UCR
	<p>Si un Bénéficiaire est atteint d'une Maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - frais de chambre d'Hôpital ou d'hospice (même si les Soins palliatifs à domicile sont également pris en charge) - frais d'infirmiers - Médicaments prescrits 			
Greffe d'organe : frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (y/c pour le donneur d'organe : prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 3 000 €/3 800 \$ par greffe	100 % UCR jusqu'à 4 500 €/5 600 \$ par greffe	100 % UCR jusqu'à 6 000 €/7 500 \$ par greffe
	<p>Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un Bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié.</p> <p>Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer.</p> <p>Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un Bénéficiaire du contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transport de l'organe sur un donneur, - les coûts de test de compatibilité des tissus, - les coûts d'opération et d'Hôpital du donneur. <p>Nous ne prenons pas en charge les médicaments "antirejet".</p>			
Physiothérapie/Kinésithérapie, Chiropractie et Ostéopathie	100 % UCR jusqu'à 1000 €/1250 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 2500 €/3100 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 5000 €/6200 \$ par an	100 % UCR
	Nous prenons en charge les consultations et actes de Physiothérapie/kinésithérapie, de Chiropractie et d'Ostéopathie prescrits pendant votre hospitalisation.			
Traitements et soins psychiatriques Délai d'attente de 12 mois	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 3500 €/4400 \$ (dans la limite de 10 jours par an)	100 % UCR jusqu'à 7000 €/8750 \$ (dans la limite de 20 jours par an)	100 % UCR (dans la limite de 30 jours par an)
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 12 mois , les Traitements et les soins psychiatriques en Hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'Hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des Maladies et des troubles mentaux.			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
	100 % UCR jusqu'à 30 000 €/38 000 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 60 000 €/75 000 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 125 000 €/155 000 \$ par an	100 % UCR
Soins du nouveau-né (l'Adhérent dispose de 30 jours pour affilier son enfant nouveau-né, sans Questionnaire de santé . Au-delà, un Questionnaire de santé sera obligatoire). Les plafonds listés à droite s'appliquent du 1 ^{er} au 90 ^e jour de l'enfant au titre de ses frais de santé, dès lors qu'il est affilié au contrat.	<p>Nous prenons en charge les soins du nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour tous les soins requis pour le nouveau-né dans les 90 jours qui suivent la naissance, et ceci en lieu et place de toutes les autres garanties du contrat (les soins de routine des 7 premiers jours seront pris en charge sous l'option Maternité (Health+Child) si elle a été souscrite) - Seulement si les enfants couverts par ce contrat ont été enregistrés comme ayants droit dans les 30 jours qui suivent leur naissance. <p>Nous ne prenons pas en charge les soins de nouveau-nés venus au monde via une mère porteuse.</p>			

SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 1500 €/1900 \$ par an	100 % UCR, jusqu'à 20 jours par an	100 % UCR, jusqu'à 30 jours par an
Hospitalisation à domicile (sur prescription)	<p>Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont prescrits par votre Médecin spécialiste, - commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'Hôpital, - réduisent la durée de votre séjour à l'Hôpital, - sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne. 			
Chirurgie réparatrice suite à un Accident survenant pendant la Période de couverture	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
	<p>Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice Médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance</p>			
	100 % UCR jusqu'à 20 jours par an	100 % UCR jusqu'à 20 jours par an	100 % UCR jusqu'à 30 jours par an	100 % UCR jusqu'à 30 jours par an
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation	<p>Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'Orthophonie qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire.</p> <p>Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat.</p> <p>Nous prenons en charge la rééducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement - qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation. <p>Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre Médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie.</p>			

ASSISTANCE DANS LE CADRE DE VOTRE GARANTIE HOSPITALISATION : PRISE EN CHARGE PAR L'ASSISTEUR

Evacuation médicale: Transport local en ambulance ou appareil sanitaire aérien vers l'établissement hospitalier approprié le plus proche dans votre Pays d'expatriation ou dans un pays voisin, ou vers votre lieu de résidence habituelle	<p>Lorsqu'un traitement nécessaire n'est pas disponible localement, nous organisons et prenons en charge l'évacuation du Bénéficiaire jusqu'au centre médical le plus proche et qui est capable d'assurer le Traitement médical requis.</p> <p>L'évacuation aura lieu prioritairement en ambulance routière, ou par voie aérienne si le lieu où vous vous trouvez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est inaccessible par voie routière, - est accessible par voie aérienne, et dont le survol ne comporte aucun danger.
Assistance médicale	Mise en relation des Médecins de notre Assisteur avec les Médecins locaux, voire votre Médecin traitant

MÉDECINE COURANTE

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

PLAFOND GLOBAL DE LA GARANTIE MÉDECINE COURANTE EN €/ \$	15 000 € 19 000 \$	30 000 € 38 000 \$	50 000 € 62 000 \$	aucun plafond
	100 % UCR jusqu'à 80 €/100 \$ par acte ou consultation	100 % UCR jusqu'à 130 €/160 \$ par acte ou consultation	100 % UCR jusqu'à 180 €/225 \$ par acte ou consultation	100 % UCR
Consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes, ophtalmologistes et psychiatres), actes de Spécialistes	<p>Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes, psychiatres et ophtalmologistes), ainsi que les actes de Médecins spécialistes.</p> <p>Nous prenons en charge ces consultations au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).</p>			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation	Non couvert	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 500 €/625 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 750 €/950 \$ par an
	Nous prenons en charge à ce titre les consultations ophtalmologiques d'Urgence liées aux pathologies de l'œil telles que la cataracte, le détachement de la rétine, etc. qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les éventuelles dépenses de frais ophtalmologiques assimilés à de la Médecine courante seront couvertes au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite.			
Soins dentaires d'Urgence sans hospitalisation	Non couvert	Non couvert	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'Urgence, comme par exemple une rage de dents soudaine, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les éventuelles dépenses de frais dentaires assimilés à de la Médecine courante seront couvertes au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+.			
Séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers	100 % UCR jusqu'à 500 €/625 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 1500 €/1900 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 2000 €/2500 \$ par an	100 % UCR
	Nous prenons en charge les séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers. Nous prenons en charge ces séances au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).			
Kinésithérapie, Ostéopathie et Chiropractie sur prescription	100 % UCR jusqu'à 1000 €/1250 \$ par an limité à 10 séances par an	100 % UCR jusqu'à 2000 €/2500 \$ par an limité à 15 séances par an	100 % UCR jusqu'à 3500 €/4400 \$ par an limité à 20 séances par an	100 % UCR limité à 30 séances par an
	Nous prenons en charge les consultations de kinésithérapie, d'Ostéopathie et de Chiropractie prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			
Kinésithérapie, Ostéopathie et Chiropractie sans prescription	100 % UCR jusqu'à 5 séances, avec un maximum de 50 €/60 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 100 €/125 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 20 séances, avec un maximum de 150 €/190 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 30 séances
	Nous prenons en charge les consultations de kinésithérapie, Ostéopathie et Chiropractie non prescrites. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			
Homéopathie, Acupuncture, Médecine traditionnelle chinoise	100 % UCR jusqu'à 3 séances par an, avec un maximum de 50 €/60 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 5 séances par an, avec un maximum de 100 €/125 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 7 séances par an, avec un maximum de 150 €/190 \$ par séance	100 % UCR jusqu'à 10 séances par an
	Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture, Homéopathie et Médecine traditionnelle chinoise. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire	100 % UCR jusqu'à 2000 €/2500 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 3500 €/4400 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 7500 €/9400 \$ par an	100 % UCR
	Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang... prescrits par un Médecin généraliste ou Spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical.			
Médicaments prescrits	100 % UCR jusqu'à 1500 €/1900 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 4500 €/5600 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 7500 €/9400 \$ par an	100 % UCR
	Nous prenons en charge, au titre de la Médecine courante, les dépenses de médicaments : - prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste, - qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure.			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Médicaments sur prescription pour affection de longue durée	100 % jusqu'à 5 000 €/6 300 \$ par an, avec maximum pour la vie de 35 000 €/44 000 \$	100 % jusqu'à 7 500 €/9 400 \$ par an, avec maximum pour la vie de 50 000 €/63 000 \$	100 % jusqu'à 10 000 €/12 500 \$ par an, avec maximum pour la vie de 75 000 €/94 000 \$	100 % UCR
	Nous prenons en charge les médicaments sur prescription pour affection de longue durée : - après que vous ayez été couvert par le contrat pour une durée minimale d'un an, et - qui ont été prescrits pour une durée minimale de 6 mois. Si l'affection de longue durée est inscrite dans la liste annexée au contrat, un justificatif de votre médecin spécialiste ou généraliste sera demandé. Dans les autres cas l'accord de l'assureur est requis, un rapport médical sera donc demandé précisant : - la condition médicale nécessitant la prise de ces médicaments, et - la nécessité pour vous de prendre ce traitement pour une durée d'au moins 6 mois.			
Psychiatrie Délai de carence de 12 mois	100 % UCR Max 5 sessions par an	100 % UCR Max 10 sessions par an	100 % UCR Max 15 sessions par an	100 % UCR Max 20 sessions par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre Tableau des garanties .			
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour adultes et enfants de 20 ans et plus	100 % UCR jusqu'à 200 €/250 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 350 €/440 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 500 €/625 \$ par an	100 % UCR
	Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune.			
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour enfants de moins de 20 ans	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR	100 % UCR
	Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat.			
Equipement médical prescrit	100 % UCR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 1 500 €/1 900 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$ par an	100 % UCR jusqu'à 4 000 €/5 000 \$ par an
	Nous prenons en charge toutes dépenses, dans la limite prévue dans le Tableau des garanties , d'appareillage et de Prothèses médicales , orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un Médecin généraliste ou Spécialiste . Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.			

WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)

Bilan de santé	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 150 €/190 \$ tous les 3 ans	100 % UCR jusqu'à 500 €/625 \$ tous les 3 ans	100 % UCR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ tous les 3 ans
	Nous prenons en charge, pour tout Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un Bilan de santé . Ce Bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants : - Prise de sang (formule sanguine complète, Analyse biochimique , bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale) - Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle) - Examen neurologique (examen physique) - Radiologie pulmonaire			
Forfait Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous	Non couvert	100 % UCR jusqu'à 500 €/625 \$	100 % UCR jusqu'à 800 €/1 000 \$	100 % UCR
Frottis cervico-utérin (1 par an)	Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute Bénéficiaire âgée de 16 ans et plus.			
Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans)	Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un Médecin généraliste ou Spécialiste en cas de Nécessité médicale , il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire ».			
Dépistage du cancer de la prostate pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans)	Nous prenons en charge un dépistage annuel du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 45 ans et +.			
Dépistage du cancer de la cavité buccale (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la cavité buccale tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires .			
Dépistage du cancer de la peau (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la peau tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires .			
Coloscopie, à partir de 50 ans (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une coloscopie tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires âgés de 50 ans et plus.			
Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles	Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les Bénéficiaires .			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Ostéodensitométrie, pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une Ostéodensitométrie tous les 5 ans, pour toutes les Bénéficiaires âgées de 45 ans et +.			
Diététicien	Non couvert	Non couvert	100% UCR maximum 2 séances par an, jusqu'à 150€/190\$ par consultation	100% UCR maximum 3 séances par an, jusqu'à 200€/250\$ par consultation
	Nous prenons en charge, dans la limite prévue dans le Tableau des garanties, les consultations avec un diététicien ayant un diplôme reconnu dans le pays dans lequel il exerce. Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même, et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou par exemple toute dépense liée à des compléments alimentaires.			
Substituts nicotiniques	Non couvert	100% UCR jusqu'à 50€/60\$ par an	100% UCR jusqu'à 75€/90\$ par an	100% UCR jusqu'à 100€/125\$ par an
	Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes: - patches nicotiniques - gommes nicotiniques - comprimés nicotiniques			

GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+: DENTAIRE + OPTIQUE

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
DENTAIRE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins («UCR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance			

Délais d'attente :

- 3 mois pour soins dentaires et Parodontologie,
- 6 mois pour Prothèses et implants dentaires, greffes osseuses et chirurgie dentaire
- 12 mois pour Orthodontie

Plafond annuel global de couverture dentaire en €/ \$ pour les actes listés ci-dessous (sauf Orthodontie avec plafond propre)	100% UCR jusqu'à 250€/310\$ par dent et 1000€/1250\$ par an	100% UCR jusqu'à 400€/500\$ par dent et 1500€/1900\$ par an	100% UCR jusqu'à 500€/625\$ par dent et 2000€/2500\$ par an	100% UCR jusqu'à 600€/750\$ par dent et 3500€/4400\$ par an
Soins dentaires courants (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	100% UCR	100% UCR	100% UCR	100% UCR
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 3 mois, les consultations avec un dentiste diplômé et apte à exercer dans le pays où il se trouve, ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous: - Détartrage - Traitement d'une carie (amalgame) - Scellement de sillon - Radiologie dentaire - Inlays / onlays - application de fluor. Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le Contrat.			
Prothèses et implants dentaires (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	100% UCR	100% UCR	100% UCR	100% UCR
Chirurgie dentaire (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	100% UCR	100% UCR	100% UCR	100% UCR
	Après expiration du Délai d'attente de 6 mois, nous prenons en charge les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant. Les facettes ne sont pas prises en charge.			
Parodontologie (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	Non couvert	100% UCR	100% UCR	100% UCR
Orthodontie jusqu'à 16 ans	Non couvert	100% UCR jusqu'à 800€/1000\$ par an pendant 3 ans	100% UCR jusqu'à 1200€ par an / 1500\$ par an pendant 3 ans	100% UCR jusqu'à 1500€ par an / 1900\$ par an pendant 3 ans
	Nous prenons en charge l'Orthodontie, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs.			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
OPTIQUE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« UCR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance.			
Délai d'attente: 6 mois				
Verres et monture, dans la limite d'une paire tous les 2 ans	100% UCR jusqu'à 100€/125\$	100% UCR jusqu'à 250€/310\$	100% UCR jusqu'à 400€/500\$	100% UCR jusqu'à 600€/750\$
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 2 ans. Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge			
Frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatie, kératocône)	Non couvert	Non couvert	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par œil pour toute la durée du contrat .			
Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables	100% UCR jusqu'à 100€/125\$ par an	100% UCR jusqu'à 200€/250\$ par an	100% UCR jusqu'à 300€/375\$ par an	100% UCR jusqu'à 400€/500\$ par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites.			
Consultations ophtalmologiques ou d'optométristes	100% UCR Maximum 1 par an, limitée à 80€/100\$	100% UCR Maximum 1 par an, limitée à 130€/160\$	100% UCR Maximum 1 par an, limitée à 180€/225\$ par an	100% UCR Maximum 1 par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , une consultation annuelle de contrôle de la vue avec un ophtalmologue ou un optométriste. Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la Médecine courante ou de l'hospitalisation si nécessaire.			

GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+CHILD : MATERNITÉ

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

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
MATERNITÉ	Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« UCR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance			
Délais d'attente:				
- 10 mois pour la Maternité				
- 12 mois pour le Traitement de l'infertilité				
Maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et Soins immédiats du nouveau-né	100% UCR jusqu'à 3500€/4400\$ par an	100% UCR jusqu'à 5000€/6250\$ par an	100% UCR jusqu'à 8000€/10000\$ par an	100% UCR jusqu'à 11000€/13800\$ par an
	Nous prenons en charge les coûts de Maternité et d'accouchement après expiration du Délai d'attente de 10 mois. Cela inclut: - les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication - les Soins postnataux nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...) - les séances de préparation à l'accouchement, - les diagnostics de Maladies chromosomiques , - les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à: - Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (Grossesse molaire) - Le fœtus grandissant en dehors de l'utérus (Grossesse extra-utérine).			
Accouchement sans complication (simple ou multiple)	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus
	Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres Spécialistes pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance après expiration du Délai de carence de 10 mois.			

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé
Complications à l'accouchement (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles représentent une Nécessité absolue)	<p>Veillez prendre contact avec nous pour un accord préalable dès que possible. Si vous avez besoin d'une admission en Urgence pour un événement dû à votre Grossesse ou à l'accouchement, merci de nous contacter dans les 48h qui suivent votre admission à l'Hôpital.</p> <p>Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne, après expiration du Délai de carence de 10 mois, lorsque la césarienne a été reconnue comme médicalement nécessaire par exemple lors d'une stagnation du process classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...).</p> <p>Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas médicalement nécessaire/justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie Maternité.</p>			
Traitement de l'infertilité Délai de carence: 12 mois	Non couvert	100% UCR 900€/1100\$ par tentative (dans la limite de 3600€/4400\$ pour toute la vie du contrat)	100% UCR 1200€/1500\$ par tentative (dans la limite de 4800€/6000\$ pour toute la vie du contrat)	100% UCR 1500€/1900\$ par tentative (dans la limite de 6000€/7600\$ pour toute la vie du contrat)
	<p>Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'examens de suivi et de fécondation dans le cadre du Traitement de l'infertilité. Au titre de ce contrat, les traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de Procréation Médicalement Assistée suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fécondations in Vitro (FIV), -insémination artificielle, -traitements hormonaux, -chirurgie des trompes. 			

4.2 / POUR LES ASSURÉS AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

GARANTIE PRINCIPALE HEALTH: HOSPITALISATION + SOINS MÉDICAUX COURANTS POUR LES ASSURÉS AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT EN ZONE 5 (USA)

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
PLAFOND GLOBAL COUVERTURE SANTÉ (\$)	1 000 000\$		2 000 000\$		3 000 000\$	
	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Participation maximale aux frais, par an	4 000\$	6 000\$	2 000\$	4 000\$	0\$	3 000\$
Co-paiement, par hospitalisation	400\$	800\$	200\$	400\$	100\$	200\$
HOSPITALISATION						

Pas de Délai d'attente pour la garantie Hospitalisation, à l'exception des Traitements et soins psychiatriques (12 mois)

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Hospitalisation	<p>Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un ou plusieurs Bénéficiaire(s) reste(nt) à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs, -L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste -La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable -Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste. <p>Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le diagnostic, -Le traitement que vous avez déjà reçu, -Le traitement dont vous avez besoin, -La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital. <p>Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Convalescence, -Gestion de la douleur (sauf en cas de Soins palliatifs), -Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les Soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins, -Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc., -Des soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.
-----------------	---

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
Chambre d'Hôpital prise en charge	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 80 % UCR	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 60 % UCR	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 90 % UCR	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 70 % UCR	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 100 % UCR	Chambre Particulière (et de standard inférieur), 80 % UCR
	Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent Tableau de garanties .					
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant Ayant-droit de moins de 18 ans à l'Hôpital	80 % UCR jusqu'à 500 \$ par an	60 % UCR jusqu'à 500 \$ par an	90 % UCR jusqu'à 875 \$ par an	70 % UCR jusqu'à 875 \$ par an	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même Hôpital que son enfant Bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent Tableau de garanties .					
Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire)	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.					
Hospitalisation d'Urgence dans la Zone de couverture sélectionnée et dans les Zones de couverture inférieures	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un Hôpital ou d'un centre médical de jour, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Toutes Prestations effectuées dans un service d'Urgences non suivies d'une admission seront prises en charge au titre de la Médecine courante . Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les Hospitalisations d'Urgence .					
SOINS COUVERTS DANS LE CADRE DE VOTRE GARANTIE HOSPITALISATION						
Soins intensifs	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en Service de Soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.					
Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de : - Bloc opératoire, - Salle de réveil, - Médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil, - Médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en Hôpital. Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en Hôpital de jour.					
Consultations de Médecins généralistes et Spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors Physiothérapie et Médecine alternative) incluant également les actes de Spécialistes	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes ou Spécialistes pendant votre séjour à l'Hôpital suite à un Événement couvert.					
Soins dentaires et ophtalmologiques d'Urgence avec hospitalisation	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les soins d' Urgence dentaires et ophtalmologiques reçus en Hôpital lorsque ceux-ci sont Médicalement nécessaires suite à un Accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires , les soins implantologiques, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d' Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+).					
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense liée à des : - actes d' Imagerie médicale , comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines, - diagnostics comme les électrocardiogrammes. Si ces examens sont prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.					
Médicaments prescrits	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense de Médicaments prescrits par le Médecin généraliste ou Spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.					
Dialyse rénale	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.					

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
Soins oncologiques (Traitement du cancer)	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du Traitement d'un cancer , y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les Soins oncologiques , les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « Médecine courante ».					
Traitement du SIDA	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement du VIH.					
Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de Prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale					
Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes (pour chaque Prothèse dans la limite de 2 Prothèses)	80 % UCR jusqu'à 2250 \$	60 % UCR jusqu'à 2250 \$	90 % UCR jusqu'à 3100 \$	70 % UCR jusqu'à 3100 \$	100 % UCR	80 % UCR
	<p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les Prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si Médicalement nécessaire, - les Prothèses ou les dispositifs Médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme. <p>Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse. Dans la limite du montant maximum indiqué par période de contrat.</p>					
Soins palliatifs*	80 % UCR jusqu'à 19000 \$	60 % UCR jusqu'à 19000 \$	90 % UCR jusqu'à 31000 \$	70 % UCR jusqu'à 31000 \$	100 % UCR	80 % UCR
	<p>Si un Bénéficiaire est atteint d'une Maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - frais de chambre d'Hôpital ou d'hospice (même si les Soins palliatifs à domicile sont également pris en charge), - frais d'infirmiers, - Médicaments prescrits 					
Greffe d'organe: frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe*	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (y/c pour le donneur d'organe : prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)*	80 % UCR jusqu'à 3800 \$ par greffe	60 % UCR jusqu'à 3800 \$ par greffe	90 % UCR jusqu'à 5600 \$ par greffe	70 % UCR jusqu'à 5600 \$ par greffe	100 % UCR jusqu'à 7500 \$ par greffe	80 % UCR jusqu'à 7500 \$ par greffe
	<p>Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un Bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié.</p> <p>Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer.</p> <p>Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un Bénéficiaire du contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transport de l'organe sur un donneur, - les coûts de test de compatibilité des tissus, - les coûts d'opération et d'Hôpital du donneur. <p>Nous ne prenons pas en charge les médicaments "antirejet".</p>					
Physiothérapie/Kinésithérapie, Chiropractie et Ostéopathie*	80 % UCR jusqu'à 3100 € par an	60 % UCR jusqu'à 3100 € par an	90 % UCR jusqu'à 6200 € par an	70 % UCR jusqu'à 6200 € par an	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les consultations et actes de Physiothérapie/kinésithérapie, de Chiropractie et d' Ostéopathie prescrits pendant votre hospitalisation.					
Traitements et soins psychiatriques* Délai d'attente de 12 mois	80 % UCR jusqu'à 4400 \$ (dans la limite de 10 jours par an)	60 % UCR jusqu'à 4400 \$ (dans la limite de 10 jours par an)	90 % UCR jusqu'à 8750 \$ (dans la limite de 20 jours par an)	70 % UCR jusqu'à 8750 \$ (dans la limite de 20 jours par an)	100 % UCR (dans la limite de 30 jours par an)	80 % UCR (dans la limite de 30 jours par an)
	Nous prenons en charge, après expiration du délai d'attente de 12 mois, les Traitements et les soins psychiatriques en Hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'Hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des Maladies et des troubles mentaux.					

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	80 % UCR jusqu'à 75 000 \$	60 % UCR jusqu'à 75 000 \$	90 % UCR jusqu'à 155 000 \$	70 % UCR jusqu'à 155 000 \$	100 % UCR	80 % UCR
Soins du nouveau-né (l'Adhérent dispose de 30 jours pour affilier son enfant nouveau-né, sans Questionnaire de santé. Au-delà, un Questionnaire de santé sera obligatoire). Les plafonds listés à droite s'appliquent du 1 ^{er} au 90 ^e jour de l'enfant au titre de ses frais de santé, dès lors qu'il est affilié au contrat.*	<p>Nous prenons en charge les soins du nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour tous les soins requis pour le nouveau-né dans les 90 jours qui suivent la naissance, et ceci en lieu et place de toutes les autres garanties du contrat (les soins de routine des 7 premiers jours seront pris en charge sous l'option Maternité (Health+Child) si elle a été souscrite) - Seulement si les enfants couverts par ce contrat ont été enregistrés comme Ayants droit dans les 30 jours qui suivent leur naissance. <p>Nous ne prenons pas en charge les soins de nouveau-nés venus au monde via une mère porteuse.</p>					

SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

	80 % UCR jusqu'à 1900 \$ par an	60 % UCR jusqu'à 1900 \$ par an	90 % UCR, jusqu'à 20 jours par an	70 % UCR, jusqu'à 20 jours par an	100 % UCR, jusqu'à 30 jours par an	80 % UCR (dans la limite de 30 jours par an)
Hospitalisation à domicile (sur prescription)*	<p>Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont prescrits par votre Médecin spécialiste, - commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'Hôpital, - réduisent la durée de votre séjour à l'Hôpital, - sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne. 					
	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
Chirurgie réparatrice suite à un Accident survenant pendant la Période de couverture*	<p>Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice Médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance.</p>					
	80 % UCR jusqu'à 20 jours par an	60 % UCR jusqu'à 20 jours par an	90 % UCR jusqu'à 30 jours par an	70 % UCR jusqu'à 30 jours par an	100 % UCR jusqu'à 30 jours par an	80 % UCR jusqu'à 30 jours par an
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation*	<p>Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'Orthophonie qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire.</p> <p>Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat.</p> <p>Nous prenons en charge la rééducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement - qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation. <p>Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre Médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie.</p>					

ASSISTANCE DANS LE CADRE DE VOTRE GARANTIE HOSPITALISATION : PRISE EN CHARGE PAR L'ASSISTEUR

Evacuation médicale: Transport local en ambulance ou appareil sanitaire aérien vers l'établissement hospitalier approprié le plus proche dans votre Pays d'expatriation ou dans un pays voisin, ou vers votre lieu de résidence habituelle*	<p>Lorsqu'un traitement nécessaire n'est pas disponible localement, nous organisons et prenons en charge l'évacuation du Bénéficiaire jusqu'au centre médical le plus proche et qui est capable d'assurer le Traitement médical requis.</p> <p>L'évacuation aura lieu prioritairement en ambulance routière, ou par voie aérienne si le lieu où vous vous trouvez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est inaccessible par voie routière, - est accessible par voie aérienne, et dont le survol ne comporte aucun danger. 					
Assistance médicale*	<p>Mise en relation des Médecins de notre Assisteur avec les Médecins locaux, voire votre Médecin traitant</p>					

MÉDECINE COURANTE

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

PLAFOND GLOBAL DE LA GARANTIE MÉDECINE COURANTE EN \$	38 000 \$		62 000 \$		3 000 000 \$	
	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Co-paiement, par visite ou par acte	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
Consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes, ophtalmologistes et psychiatres), actes de Spécialistes	<p>Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes, psychiatres et ophtalmologistes), ainsi que les actes de Médecins spécialistes.</p> <p>Nous prenons en charge ces consultations au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).</p>					

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation*	Non couvert	Non couvert	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge à ce titre les consultations ophtalmologiques d'Urgence liées aux pathologies de l'œil telles que la cataracte, le détachement de la rétine, etc. qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les éventuelles dépenses de frais ophtalmologiques assimilés à de la Médecine courante seront couverts au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite.					
Soins dentaires d'Urgence sans hospitalisation*	Non couvert	Non couvert	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Soins ophtalmologiques d'Urgence sans hospitalisation »
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'Urgence, comme par exemple une rage de dents soudaine, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les éventuelles dépenses de frais dentaires assimilés à de la Médecine courante seront couverts au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+.					
Séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers*	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers. Nous prenons en charge ces séances au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).					
Kinésithérapie, Ostéopathie et Chiropractie sur prescription*	80 % UCR limité à 15 séances par an	60 % UCR limité à 15 séances par an	90 % UCR limité à 25 séances par an	70 % UCR limité à 25 séances par an	100 % UCR limité à 30 séances par an	80 % UCR limité à 30 séances par an
	Nous prenons en charge les consultations de kinésithérapie, d'Ostéopathie et de Chiropractie prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Kinésithérapie, Ostéopathie et Chiropractie sans prescription*	80 % UCR jusqu'à 10 séances	60 % UCR jusqu'à 10 séances	90 % UCR jusqu'à 20 séances	70 % UCR jusqu'à 20 séances	100 % UCR jusqu'à 30 séances	80 % UCR jusqu'à 30 séances
	Nous prenons en charge les consultations de kinésithérapie, d'Ostéopathie et Chiropractie non prescrites. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Homéopathie, Acupuncture, Médecine traditionnelle chinoise*	80 % UCR jusqu'à 5 séances par an	60 % UCR jusqu'à 5 séances par an	90 % UCR jusqu'à 7 séances par an	70 % UCR jusqu'à 7 séances par an	100 % UCR jusqu'à 10 séances par an	80 % UCR jusqu'à 10 séances par an
	Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture, Homéopathie et Médecine traditionnelle chinoise. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire*	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang... prescrits par un Médecin Généraliste ou Spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical.					
Médicaments prescrits	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge, au titre de la Médecine courante, les dépenses de médicaments : - prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste, - qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure.					
Psychiatrie Délai de carence de 12 mois	80 % UCR Maximum de 10 consultations par an	60 % UCR Maximum de 10 consultations par an	90 % UCR Maximum de 15 consultations par an	70 % UCR Maximum de 15 consultations par an	100 % UCR Maximum de 20 consultations par an	80 % UCR, Maximum de 20 consultations par an
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre Tableau de garanties.					
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour adultes et enfants de 20 ans et plus	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune.					

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

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour enfants de moins de 20 ans)	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat.					
Equipement médical prescrit	80 % UCR	60 % UCR	90 % UCR	70 % UCR	100 % UCR	80 % UCR
	Nous prenons en charge toutes dépenses, dans la limite prévue dans le Tableau de garanties , d'appareillage et de Prothèses médicales , orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un Médecin généraliste ou Spécialiste . Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.					
WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)						
	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Co-paiement, par visite ou par acte	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
Bilan de santé	80 % UCR jusqu'à 190 \$ tous les 3 ans	60 % UCR jusqu'à 190 \$ tous les 3 ans	90 % UCR jusqu'à 625 \$ tous les 3 ans	70 % UCR jusqu'à 625 \$ tous les 3 ans	100 % UCR jusqu'à 1250 \$ tous les 3 ans	80 % UCR jusqu'à 1250 \$ tous les 3 ans
	Nous prenons en charge, pour tout Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un Bilan de santé . Ce Bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants: -Prise de sang (formule sanguine complète, Analyse biochimique , bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale) -Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle) -Examen neurologique (examen physique) -Radiologie pulmonaire					
Forfait Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous	80 % UCR jusqu'à 625 \$	60 % UCR jusqu'à 625 \$	90 % UCR jusqu'à 1000 \$	70 % UCR jusqu'à 1000 \$	100 % UCR	80 % UCR
Frottis cervico-utérin (1 par an)	Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute Bénéficiaire âgée de 16 ans et plus.					
Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans)	Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un Médecin généraliste ou Spécialiste en cas de Nécessité médicale , il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire ».					
Dépistage du cancer de la prostate pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans)	Nous prenons en charge un dépistage annuel du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 45 ans et +.					
Dépistage du cancer de la cavité buccale (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la cavité buccale tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires .					
Dépistage du cancer de la peau (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la peau tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires .					
Coloscopie, à partir de 50 ans (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une coloscopie tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires âgés de 50 ans et plus.					
Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles	Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les Bénéficiaires .					
Ostéodensitométrie, pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une Ostéodensitométrie tous les 5 ans, pour toutes les Bénéficiaires âgées de 45 ans et +.					
Diététicien	Non couvert	Non couvert	90 % UCR, max 2 séances par an	70 % UCR, max 2 séances par an	100 % UCR, 3 séances par an	80 % UCR, 3 séances par an
	Nous prenons en charge, dans la limite prévue dans le Tableau des garanties , les consultations avec un diététicien ayant un diplôme reconnu dans le pays dans lequel il exerce. Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même, et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou par exemple toute dépense liée à des compléments alimentaires.					
Substituts nicotiques	80 % UCR 60 \$ par an	60 % UCR 60 \$ par an	90 % UCR 90 \$ par an	70 % UCR 90 \$ par an	100 % UCR 125 \$ par an	80 % UCR 125 \$ par an
	Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes: -patches nicotiques -gommes nicotiques -comprimés nicotiques					

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

GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+ : DENTAIRE + OPTIQUE

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
DENTAIRE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins («UCR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance		

Délais d'attente:

- 3 mois pour soins dentaires et Parodontologie,
- 6 mois pour Prothèses et implants dentaires, greffes osseuses et chirurgie dentaire
- 12 mois pour Orthodontie

PLAFOND ANNUEL GLOBAL DE COUVERTURE DENTAIRE POUR LES ACTES LISTÉS CI-DESSOUS (SAUF ORTHODONTIE AVEC PLAFOND PROPRE)	80% UCR jusqu'à 500 \$ par dent et 1900 \$ par an	60% UCR jusqu'à 500 \$ par dent et 1900 \$ par an	90% UCR jusqu'à 625 \$ par dent et 2500 \$ par an	70% UCR jusqu'à 625 \$ par dent et 2500 \$ par an	100% UCR jusqu'à 750 \$ par dent et 4400 \$ par an	80% UCR jusqu'à 750 \$ par dent et 4400 \$ par an
	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Co-paiement, par visite ou par acte	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
	80% UCR	60% UCR	90% UCR	70% UCR	100% UCR	80% UCR
Soins dentaires courants (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 3 mois, les consultations avec un dentiste diplômé et apte à exercer dans le pays où il se trouve, ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous: - Détartrage - Traitement d'une carie (amalgame) - Scellement de sillon - Radiologie dentaire - Inlays / onlays - application de fluor. Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le Contrat.					
Prothèses et implants dentaires (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	80% UCR	60% UCR	90% UCR	70% UCR	100% UCR	80% UCR
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 6 mois, les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant. Les facettes ne sont pas prises en charge.					
Chirurgie dentaire (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	80% UCR	60% UCR	90% UCR	70% UCR	100% UCR	80% UCR
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 6 mois, tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non, incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, la pose d'implant.					
Parodontologie (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus)	80% UCR	60% UCR	90% UCR	70% UCR	100% UCR	80% UCR
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 3 mois, tout soin de traitement de la Maladie de tissu de soutien de la dent, notamment de la gencive.					
Orthodontie jusqu'à 16 ans	80% UCR jusqu'à 1000 \$ par an pendant 3 ans	60% UCR jusqu'à 1000 \$ par an pendant 3 ans	90% UCR jusqu'à 1500 \$ par an pendant 3 ans	70% UCR jusqu'à 1500 \$ par an pendant 3 ans	100% UCR jusqu'à 1900 \$ par an pendant 3 ans	80% UCR jusqu'à 1900 \$ par an pendant 3 ans
	Nous prenons en charge l'Orthodontie, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs.					

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

Délai d'attente: 6 mois

	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Co-paiement, par visite ou par acte	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
	80% UCR jusqu'à 310 \$ par an	60% UCR jusqu'à 310 \$ par an	90% UCR jusqu'à 500 \$ par an	70% UCR jusqu'à 500 \$ par an	100% UCR jusqu'à 750 \$ par an	80% UCR jusqu'à 750 \$ par an
Verres et monture, dans la limite d'une paire tous les 2 ans	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente, les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 3 ans. Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge					

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

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
Frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatie, kératocône)	Non couvert	Non couvert	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »
Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente , les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par œil pour toute la durée du contrat.						
Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables	80% UCR jusqu'à 250 \$ par an	60% UCR jusqu'à 250 \$ par an	90% UCR jusqu'à 375 \$ par an	70% UCR jusqu'à 375 \$ par an	100% UCR jusqu'à 500 \$ par an	80% UCR jusqu'à 500 \$ par an
Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente , les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites.						
Consultations ophtalmologiques ou d'optométristes	80% UCR, limité à une consultation par an	60% UCR, limité à une consultation par an	90% UCR, limité à une consultation par an	70% UCR, limité à une consultation par an	100% UCR, limité à une consultation par an	80% UCR, limité à une consultation par an
Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente , une consultation annuelle de contrôle de la vue avec un ophtalmologue ou un optométriste. Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la Médecine courante ou de l'hospitalisation si nécessaire.						

GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+CHILD : MATERNITÉ
accessible si la garantie optionnelle HEALTH+ (DENTAIRE + OPTIQUE a été souscrite)

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
MATERNITÉ	Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« UCR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance		

Délais d'attente :
- 10 mois pour la Maternité,
- 12 mois pour le Traitement de l'infertilité

	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau	Au sein du réseau	Hors du réseau
Co-paiement, par visite ou par acte	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
Maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et Soins immédiats du nouveau-né	80% UCR jusqu'à 6250 \$ par an	60% UCR jusqu'à 6250 \$ par an	90% UCR jusqu'à 10 000 \$ par an	70% UCR jusqu'à 10 000 \$ par an	100% UCR jusqu'à 13 800 \$ par an	80% UCR jusqu'à 13 800 \$ par an
Nous prenons en charge les coûts de Maternité et d'accouchement après expiration du Délai d'attente de 10 mois. Cela inclut: - les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication - les Soins postnataux nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...) - les séances de préparation à l'accouchement, - les diagnostics de Maladies chromosomiques , - les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance. Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à : - Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (Grossesse molaire) - Le foetus grandissant en dehors de l'utérus (Grossesse extra-utérine) .						
Accouchement sans complication (simple ou multiple)	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie ci-dessus					
Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres Spécialistes pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance après expiration du Délai de carence de 10 mois.						

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND			
Complications à l'accouchement (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles représentent une Nécessité absolue)	Plafond annuel Maternité doublé					
	<p>Veillez prendre contact avec nous pour un accord préalable dès que possible. Si vous avez besoin d'une admission en Urgence pour un événement dû à votre Grossesse ou l'accouchement merci de nous contacter dans les 48h qui suivent votre admission à l'Hôpital. Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne, après expiration du Délai de carence de 10 mois, lorsque la césarienne a été reconnue comme Médicalement nécessaire par exemple lors d'une stagnation du process classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...).</p> <p>Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas Médicalement nécessaire / justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie Maternité.</p>					
Traitement de l'infertilité Délai de carence: 12 mois	80% UCR jusqu'à 1100 \$ par tentative (dans la limite de 4 400 \$ pour toute la vie)	60% UCR jusqu'à 1100 \$ par tentative (dans la limite de 4 400 \$ pour toute la vie)	90% UCR jusqu'à 1500 \$ par tentative (dans la limite de 6 000 \$ pour toute la vie)	70% UCR jusqu'à 1500 \$ par tentative (dans la limite de 6 000 \$ pour toute la vie)	100% UCR jusqu'à 1900 \$ par tentative (dans la limite de 7 600 \$ pour toute la vie)	80% UCR jusqu'à 1900 \$ par tentative (dans la limite de 7 600 \$ pour toute la vie)
	<p>Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'examens de suivi et de fécondation dans le cadre du Traitement de l'infertilité. Au titre de ce contrat, les Traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de Procréation Médicalement Assistée suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fécondations in Vitro (FIV), - insémination artificielle, - traitements hormonaux, chirurgie des trompes. 					

5 / EXCLUSIONS DÉTAILLÉES DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT)

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

Sont exclus de l'assurance :

- les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;
- les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée (praticiens, thérapeutes, cliniques, Hôpitaux, centres médicaux) non reconnue :
 - par les autorités en vigueur dans le pays où le traitement a lieu, comme disposant d'une compétence particulière pour le traitement de l'Accident ou de la Maladie concernés,
 - par le Médecin conseil comme correctement qualifiés, compétents ou autorisés à prescrire un traitement et qui en ont été notifiés par écrit par celui-ci ;
- les médicaments non prescrits ;
- les traitements, consultations, Médicaments prescrits par l'Adhérent, ses Ayants droit ou toute personne de sa famille ;
- les frais jugés non nécessaires et ou inappropriés par le Médecin conseil de l'Assureur ;
- en cas d'hospitalisation, les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs... ;
- les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés. Ne sont donc ainsi pris en charge et remboursés au titre du contrat que les Coûts usuels et raisonnables, à savoir les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues ;
- les coûts d'une hospitalisation en chambre de luxe, chambre VIP et autres suites ;
- les traitements ou médicaments expérimentaux, à savoir toutes formes de traitements ou de médicaments qui du point de vue des Médecins conseils ne sont pas conventionnels ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée ;
- au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments, tels que les crèmes solaires, les produits de maquillage, la parapharmacie, etc. ;
- les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction prodigués par un chirurgien plasticien, visant à améliorer ou transformer l'apparence - même pour des raisons psychologiques - sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un Accident défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale liée au Traitement d'un cancer, intervenus durant la Période de couverture d'assurance ;
- les traitements et séjours en centres de cure, centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas et stations thermales,... et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux ;
- tous les tests et traitements contre l'obésité / l'anorexie, ou nécessaires en raison de l'obésité ou de l'anorexie, incluant notamment les cours et frais de cure d'amaigrissement / d'engraissement, les aides et prescriptions médicamenteuses contre l'obésité / l'anorexie. Dans certains cas cliniques, après avis du Médecin conseil, peuvent être pris en charge les actes de chirurgie pour obésité morbide (IMC=Indice de Masse Corporelle > 40) ;
- les produits classés comme vitamines ou minéraux ainsi que les compléments alimentaires (sauf pour traiter une déficience majeure en vitamines), les produits de parapharmacie, les produits cosmétiques ;
- les consultations pour des Maladies ou troubles mentaux (hors consultations de Psychiatres, si couverts au titre du contrat et dans la limite du nombre de jours/sessions prévus au contrat) ou troubles du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des Maladies version 10 de l'OMS) ;
- les soins, traitements et toutes les conséquences résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou Maladies auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale ;
- toutes consultations de psychologie, psychothérapie et/ou de psychanalyse avec un thérapeute ou conseiller familial (même si ces consultations sont effectuées par un Psychiatre) ;
- le retard de développement cognitif, sauf pour un enfant de moins de 20 ans n'ayant pas atteint le niveau de développement cognitif prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement cognitif doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée ;
- l'Orthophonie ne sera couverte que dans la langue maternelle de l'Ayant droit, sauf avis contraire du Médecin conseil ;
- les dépenses occasionnées lors de la réception d'un don d'organe ou de l'achat d'un organe, à savoir :
 - les organes mécaniques ou d'origine animale, sauf dans les cas où un dispositif mécanique est temporairement utilisé dans le seul objectif de conserver les fonctions vitales dans l'attente d'une transplantation ;
 - tout achat d'organe auprès d'un donneur quelle qu'en soit l'origine ;
 - la culture et le stockage de cellules souches, de manière préventive, pour hypothétique utilisation future dans le cas d'une possible Maladie ;
- les frais engendrés par des complications causées directement par une blessure ou une Maladie non prise en charge, ou prise en charge partiellement, par le contrat ;

- les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir;
- les frais de transport et d'évacuation. Certains seront pris en charge aux conditions prévues par les garanties « Evacuation Médicale, Transport Médical » ainsi que par l'option « Assistance Rapatriement » si souscrite;
- tous frais d'Evacuation médicale depuis un navire vers un centre médical terrestre;
- les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium lorsque les établissements qui ont accueilli l'Assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente;
- les soins des pieds par un pédicure ou podologue, tels que: traitements pour cors / durillons, ongles épaissis et/ou difformes, sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- la chirurgie foetale, c'est-à-dire le traitement ou la chirurgie mise en œuvre dans l'utérus avant la naissance, sauf s'il s'agit du résultat de complications déclarées pendant la Grossesse;
- les frais d'interruption volontaire de Grossesse;
- les frais de GPA (Gestation Pour Autrui), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses (gestation pour autrui), que l'Assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil;
- tous les dispositifs, opérations et traitements visant à prévenir la naissance: contraception, stérilisation, vasectomie, interruption de Grossesse (sauf s'il y a une menace pour la santé de la mère), consultations de planning familial,...;
- tous les dispositifs, opérations et traitements concernant les dysfonctionnements sexuels (déficiences sexuelles, tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ou les troubles liés au genre (troubles liés aux changements de sexe ou de réaffectations de genre);
- les frais de Traitements de l'infertilité (et notamment la Procréation médicalement assistée) sauf si la garantie optionnelle Health+Child (Maternité) a été souscrite par l'Adhérent et/ou ses Ayants droit;
- les frais de Traitements de l'infertilité autres que ceux définis dans le chapitre '4 Prestations Santé en détail: Tableau des garanties Santé' en cas de souscription de la garantie optionnelle Health+Child (Maternité);
- les troubles du sommeil, y compris l'insomnie, sauf s'il est déclaré que l'Assuré souffre d'apnée du sommeil sévère;
- les Frais de soins pré et postnatals lorsque la garantie Maternité n'a pas été souscrite;
- les conséquences de l'infraction à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré;
- les frais de psychomotricité;
- les troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM), sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- les frais pour lesquels la Demande d'accord préalable n'a pas été faite ou a été refusée par l'Assureur;
- les traitements de maintien en vie, sauf avis contraire du Médecin conseil;
- les traitements administrés pendant plus de 90 jours consécutifs à un Assuré qui a des séquelles neurologiques permanentes et/ou qui se trouve dans un état végétatif persistant (EVP), sauf avis contraire du Médecin conseil;
- les frais administratifs;
- les honoraires de Médecin dans un but uniquement administratif (par exemple dans l'obtention d'un visa, pour compléter un formulaire de remboursement, etc.);
- les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un Médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical;
- les admissions non médicales ou séjours hospitaliers qui incluent:
 - un traitement qui pourrait avoir lieu en journée ou en ambulatoire,
 - un traitement non médicalement justifié après avis du Médecin conseil,
 - une convalescence.
- le traitement d'une condition sujette à exclusion spécifique. Les exclusions spécifiques sont listées sur votre Certificat d'adhésion;
- les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public;
- toute perte, dommage, Maladie et/ou blessures pouvant survenir à la suite d'un Traitement médical administré dans un Hôpital ou effectué par un Médecin, même lorsque le traitement a été approuvé comme étant garanti;
- tous soins, traitements et consultations en dehors de la Zone géographique de couverture sélectionnée si celle-ci est supérieure à la Zone de couverture souscrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une Urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré ou que nous en ayons exceptionnellement autorisé le traitement, avec accord auprès du Médecin conseil;
- tous soins, traitements et consultations prévus au titre des garanties HEALTH+ (Optique/dentaire) et/ou HEALTH+CHILD (Maternité), si l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit n'a pas / n'ont pas souscrit à ces options,
- tous les soins, traitements et consultations reçus au sein d'une Zone de couverture supérieure à la Zone sélectionnée, notamment aux États-Unis dans les cas suivants:
 - Si l'Adhérent (et ses éventuels Ayants droit) n'a (n'ont) pas opté pour la Zone de couverture supérieure correspondant à celle où les soins ont été prodigués, nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus dans cette zone, sauf en cas d'Urgence médicale telle que définie au contrat (urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré).

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

ainsi que les conséquences :

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Ayant droit ;
- d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une rébellion (avec ou sans déclaration de guerre), d'une émeute, d'un coup d'état militaire ou toute usurpation de pouvoir, d'une loi martiale ou les actes de toute autorité constituée illégalement, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'une contamination chimique, de la radioactivité ou de tout matériau nucléaire, des explosions ou des Maladies déclarées épidémiques et placées sous contrôle des autorités de santé publiques et de n'importe quel autre conflit ou désastre, si l'Assuré s'est mis en danger en entrant dans une zone de conflit reconnue par le Gouvernement du pays de sa nationalité, a activement participé au conflit ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité ;
- d'un usage nocif, dangereux ou addictif de l'alcool, des stupéfiants et/ou des médicaments ainsi que tous traitements découlant d'un usage nocif, dangereux ou addictif de ces substances ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Adhérent ou Ayant droit ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de sports à titre professionnel
- de la pratique de sports énumérés ci-dessous :
 - les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
 - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, Skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
 - les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,
 - les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir, hydro speed, kite surf,
 - les sports de défense et de combat en compétition,
 - les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

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

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

6 / MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

6.1 / VOTRE CONTRAT

DIFFÉRENTES OPTIONS DE COUVERTURE

Le contrat prévoit :

- une GARANTIE DE BASE (dénommée commercialement **HEALTH**) relative à la prise en charge des frais d'hospitalisation, de **Médecine** ambulatoire **courante**, de **Médecine préventive** et alternative, de pharmacie, d'appareillage et de **Prothèses** médicales,
- deux GARANTIES OPTIONNELLES qui viennent compléter la GARANTIE DE BASE (HEALTH), au choix de chaque Adhèrent, relatives à la prise en charge des frais suivants :
 - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 1 (dénommée commercialement **HEALTH+**) : Optique et Dentaire
 - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 2 (dénommée commercialement **HEALTH+CHILD**) : Maternité. La garantie optionnelle Niveau 2 ne peut être retenue que si la garantie optionnelle Niveau 1 est elle-même retenue.

Au sein de chacune de ces garanties, quatre formules - Quartz, Pearl, Sapphire et Diamond - accordant des niveaux de prestations croissants, sont proposées à l'adhésion par chaque Adhèrent.

Le contrat prévoit également, au titre de la Garantie de base et de la Garantie optionnelle Niveau 1 (garantie optionnelle Niveau 2 Maternité exclue), la possibilité pour l'Adhèrent de retenir ou non une **Franchise** telle que définie dans le chapitre '**3 DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ**'. Outre la possibilité de ne pas avoir de **Franchise**, quatre montants de **Franchise** sont proposés.

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

Le contrat propose ainsi une offre très modulable adaptée aux besoins de chacun des Adhérents.

Il est précisé que :

- les garanties optionnelles, lorsqu'elles sont retenues par l'Adhèrent, s'appliquent également à l'ensemble de ses **Ayants droit** inscrits sur le **Certificat d'adhésion**,
- l'Adhèrent qui souscrit les garanties optionnelles n'aura la possibilité de résilier ultérieurement son adhésion aux garanties optionnelles qu'une seule fois pendant toute la durée du contrat pour ne retenir que les garanties de base.

ÉLIGIBILITÉ AU CONTRAT

Adhèrent principal

Peut être inscrit à l'assurance, pour une **Zone de couverture** déterminée correspondant à minima à son **Pays d'expatriation**, chaque membre de l'**Association contractante**, sous réserve :

- qu'il soit de nationalité différente de son **Pays de résidence principale** pendant la durée de l'adhésion au contrat,
- qu'il ait dûment complété et signé la **Demande d'adhésion** et le **Questionnaire médical**,
- qu'il soit âgé de moins de 71 ans.

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

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

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

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

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

PAYS SPÉCIFIQUE DE RÉSIDENCE ET ZONE DE COUVERTURE DU CONTRAT

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

Il est précisé que :

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

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

- Zone 5 : USA + Zones 1, 2, 3, 4
- Zone 4 : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + Zones 1, 2, 3
- Zone 3 : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Monaco, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie, Russie et Vanuatu + Zones 1, 2
- Zone 2 : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, France, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Mexique, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna + Zones 1
- Zone 1 : Monde entier hors pays des Zones 2 à 5

Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection...) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères du pays de nationalité de l'Adhérent, l'adhésion au contrat peut être exclue pour certains pays classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère ou alors, soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur si le pays est classifié déconseillé pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.

Les garanties sont acquises dans la **Zone de couverture sélectionnée** ainsi que dans la ou les **Zones de couverture** inférieures (par exemple si la **Zone de couverture** souscrite est la zone 3, les garanties sont acquises en zone 3, 2 et 1). Néanmoins, les séjours dans le pays d'origine, si celui-ci est dans la zone de couverture choisie ou dans une zone inférieure, sont couverts s'ils n'excèdent pas une durée cumulée de 5 mois par an.

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

6.2 / LA VIE DE VOTRE CONTRAT

DATE D'EFFET ET RENOUELEMENT DU CONTRAT

Le **Contrat d'assurance de groupe ouvert** conclu entre l'Assureur et l'Association contractante prend effet le 1^{er} juillet 2015. Souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre 2015. **Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant chaque date de renouvellement.**

Le contrat peut être modifié d'un commun accord entre l'Assureur et l'Association contractante. Dans ce cas, l'Adhérent sera préalablement informé, dans les conditions du paragraphe « Information des Adhérents », des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES

L'adhésion peut être, au choix de l'Adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (**Cotisation** individuelle) ou pour lui et tout ou partie de ses **Ayants droit** tels que définis dans le chapitre '**3 DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ**' (autant de **Cotisations** individuelles que d'**Ayants droit** en plus de la **Cotisation** individuelle de l'Adhérent principal).

L'adhésion peut être également souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de moins de 18 ans, sous réserve que cet (ces) enfant(s) soi(en)t expatrié(s) hors de son (leur) **Pays de nationalité** et hors du **Pays de résidence** de ses (leurs) parents et que la **Demande d'adhésion** soit dûment complétée et signée par l'Adhérent. Lors de son adhésion, l'Adhérent choisit la ou les formules de garanties santé, de souscrire ou non aux garanties optionnelles, le niveau de garanties et le montant de la **Franchise** et du **Co-paiement**.

Il est précisé que pour tous les **Ayants droit** de l'Adhérent, les formules et niveaux de garanties ainsi que les **Franchises** et **Co-paiements** doivent être les mêmes que ceux retenus pour l'Adhérent lui-même,

Ainsi :

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

Ces choix sont effectués par l'Adhérent lors de son adhésion au contrat.

Pour être garantis ou en cas de modification(s) des garanties souscrites, l'Adhérent et chaque **Ayant droit** doit remplir et signer un **Questionnaire médical**, l'inscription à l'adhésion ou les modifications de garanties étant subordonnées à l'acceptation médicale de l'Assureur.

Après étude du ou des **Questionnaires médicaux**, le **Gestionnaire** (MSH INTERNATIONAL) pourra demander des examens médicaux complémentaires.

Si un Adhérent ou Ayant droit présentait un Risque aggravé de santé, l'Assureur pourrait être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.

Les conditions particulières d'acceptation de l'inscription au contrat ou pathologies déclarées au **Questionnaire médical** qui font l'objet d'un refus de garantie sont notifiées par lettre recommandée

La durée minimale de souscription est de 6 mois incompressibles.

En cas de refus par le Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL) d'une demande de modification(s) des garanties en cours d'adhésion, il est précisé que l'Adhérent et ses Ayants droit éventuellement inscrits à l'adhésion demeurent garantis dans les conditions antérieures à la demande de modification.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion** sur lequel figurent outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des **Ayants droit** garantis ainsi que la **Date d'effet de l'adhésion**, les garanties choisies, la ou les **Zone(s) de couverture sélectionnée(s)**, la **Franchise**, le **Co-paiement** le cas échéant, la **Cotisation** correspondante et le cas échéant, la durée fixe de l'adhésion.

QUESTIONS FRÉQUENTES SUR VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES

• MES AYANTS DROIT ONT-ILS ACCÈS AUX MÊMES SERVICES ?

Oui, vos **Ayants droit** inscrits ont le droit aux mêmes services que vous, pour toutes les garanties souscrites hors prévoyance.

• SI MON ENFANT NE PEUT PLUS BÉNÉFICIER DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ASFE DANS LE CADRE DE MON CONTRAT, QUE DOIS-JE FAIRE ?

Votre enfant doit dans ce cas souscrire sa propre assurance. N'hésitez pas à contacter un de nos conseillers afin d'obtenir une solution adaptée: contact@asfe-expat.com.

AJOUTER UN/DES AYANT(S) DROIT AU CONTRAT

Vous pouvez demander l'ajout d'un **Ayant droit** de votre famille en cours de contrat en complétant la **Demande d'adhésion** prévue à cet effet.

Les nouveau-nés peuvent être couverts dès la naissance sans **Questionnaire médical de santé** (sauf en cas de naissances multiples ou d'adoption d'un enfant placé en centre ou famille d'accueil), à condition que nous en soyons informés dans les 30 jours suivant la date de naissance de l'enfant.

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

Si nous sommes informés de l'ajout d'un nouveau-né plus de 30 jours après la naissance, cet enfant devra faire l'objet d'une sélection médicale complète et ne sera couvert qu'à la date de notre acceptation (sous réserve d'acceptation médicale de la **Demande d'adhésion**).

Veuillez noter que tous les enfants issus de naissances multiples, les enfants adoptés placés en centre ou famille d'accueil, seront soumis à une sélection médicale complète.

LES ÉLÉMENTS CONSTITUANT VOTRE CONTRAT

Votre adhésion au contrat ASFE est matérialisée par l'ensemble des documents suivants constituant votre contrat :

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

IMPORTANT

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

OBTENIR UN CERTIFICAT D'ADHÉSION POUR UN NOUVEL AYANT DROIT

Dès l'acceptation d'un nouvel Ayant droit suite au processus de sélection médicale par notre Médecin Conseil, nous vous enverrons un nouveau Certificat d'adhésion pour prendre en compte l'ajout du nouvel Ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession.

ANNULER VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DÉLAI DE RENONCIATION

En application de l'article L.112-9 du Code des Assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

«Je soussigné(e).....- (nom - prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n°210/XXXX et demande le remboursement de la Cotisation versée dans les conditions définies par l'article L112-9 du Code des Assurances.»

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par le **Gestionnaire MSH INTERNATIONAL**. Dès lors que l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de **Cotisation** correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la **Date de résiliation**.

Le **Gestionnaire MSH INTERNATIONAL** est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la **Date de résiliation**. Toutefois, l'intégralité de la **Cotisation** reste due à l'**Assureur** si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat et dont l'Adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

DÉBUT DE L'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour l'Adhérent :

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à l'acceptation du **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** après réception par ce dernier :
- de la **Demande d'adhésion** et du ou des **Questionnaire(s) médical(aux)**, dûment complété(s) et signé(s),
- et du règlement total de la première échéance mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle de la **Cotisation**.

L'adhésion prend effet, à la date indiquée sur le **Certificat d'adhésion** et au plus tôt le 1^{er} ou le 15 du mois qui suit la notification de l'acceptation de l'adhésion indiquée au **Certificat d'adhésion**.

L'adhésion au contrat est souscrite soit pour une période fixe indiquée sur le **Certificat d'adhésion dont la durée ne peut être inférieure à 6 mois** soit pour une période se terminant après 365 jours de couverture, avec renouvellement annuel par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion pour des périodes successives d'un an, sous réserve du paiement des **Cotisations** indiquées par l'**Assureur**.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs **Enfants à charge, âgés de moins de 18 ans**, expatrié(s) hors de son (leur) pays de nationalité et hors du **Pays de résidence principale** de ses (leurs) parents, l'adhésion prend effet dans les conditions prévues ci-dessus.

Lorsque l'Adhérent demande son adhésion aux garanties optionnelles postérieurement à son adhésion au contrat et, au plus tôt, à la date anniversaire de la prise d'effet de son adhésion à la Garantie de base, la ou les garanties optionnelles prendra(ont) effet, sous réserve du résultat des formalités médicales, à l'expiration des **Délais de carence** prévus au paragraphe ci-après. Les délais de carence seront décomptés à compter de la date d'acceptation de la modification par l'**Assureur**. Avant absorption de ces délais de carence, seules les garanties de base seront accordées à l'Adhérent.

Pour les **Ayants droit** de l'Adhérent :

Sous réserve du résultat des formalités médicales demandées, l'inscription à l'adhésion des **Ayants droit** prend effet :

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

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

- **immédiatement à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus** pour les frais médicaux au titre des garanties «Hospitalisation médicale ou chirurgicale - Actes et frais de chirurgie», «Médecine générale - Spécialités - Analyses», «Pharmacie», «Médecines préventives» (hors **Bilan de santé**) et «**Médecines alternatives**», ainsi que «Consultations et soins dentaires / ophtalmologiques» lorsqu'ils font suite à un Accident ou à une **Maladie inopinée** nécessitant une intervention chirurgicale ou un **Traitement médical** ne pouvant pas attendre l'expiration du **Délai de carence**,

Ou après application des **Délais de carence** suivants (selon les garanties souscrites):

- **Délai de carence de 3 mois** en ce qui concerne les garanties « Consultations dentaires et soins dentaires / ophtalmologiques courants (hors Urgences) » et « **Parodontologie** »,
- **Délai de carence de 6 mois** en ce qui concerne les garanties « Optique » et « Dentaire (hors consultations et soins dentaires): **Prothèses**, implants dentaires, greffes osseuses et chirurgie dentaire »,
- **Délai de carence de 10 mois** en ce qui concerne les garanties « **Maternité** » (y compris les **Soins prénataux et postnataux**),
- **Délai de carence de 12 mois** en ce qui concerne les garanties « **Orthodontie** », « **Traitement de l'infertilité** (y compris **Procréation médicalement assistée**) », « **Traitements et Soins psychiatriques** ».

Lorsque l'adhésion fait suite à un contrat antérieur offrant des garanties équivalentes, tant en termes de garanties souscrites que de niveaux de remboursement, aucun **Délai de carence** ne sera appliqué (**hormis celui de 10 mois concernant les garanties « Maternité » (y compris les Soins prénataux et postnataux) ainsi que celui de 12 mois concernant « Traitement de l'infertilité »**). Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la Date d'effet des garanties.

RENOUVELER VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion prend effet, à la date indiquée sur le **Certificat d'adhésion** et au plus tôt le 1 ou le 15 du mois qui suit la notification de l'acceptation de l'adhésion indiquée au **Certificat d'adhésion**.

Souscrite pour une première période d'une année, elle se renouvelle par tacite reconduction à chaque anniversaire, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant chaque date anniversaire.

CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (DROIT À RÉSILIATION, RADIATION)

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

- à la **Date de résiliation** du contrat. Dans ce cas, l'**Assureur** proposera à l'Adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la **Cotisation** indiquée par l'**Assureur**.
- lorsque l'Adhérent n'adhère plus à l'Association contractante, cette dernière devant en aviser le **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** dans un délai d'un mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 6 mois d'adhésion au contrat.
- dans les conditions prévues à la section 'Procédure en cas de non-règlement de ma Cotisation' si les **Cotisations** relatives à l'adhésion ne sont plus réglées.
- en cours d'année. La résiliation du contrat prendra effet le 1^{er} ou 15 du mois suivant la date de réception du courrier de résiliation accompagné d'un justificatif officiel. Aucune résiliation ne sera prise en compte sans justificatif officiel¹. La date de fin de contrat sera déterminée par la date de réception du justificatif et ne pourra être effective avant un préavis minimal d'un mois. Par exemple, nous recevons une demande de résiliation avec un justificatif de retour officiel le 26 janvier, le contrat ne pourra prendre fin avant le 1^{er} mars. Le gestionnaire MSH INTERNATIONAL se donne le droit de vérifier la véracité des justificatifs officiels. Dans le cas où les justificatifs seraient faux, la résiliation en cours d'année ne pourra avoir lieu et les cotisations resteront dues jusqu'à une éventuelle résiliation à date anniversaire de l'adhésion.
- en cas de décès de l'Adhérent. À cette date, son **Conjoint, Partenaire** ou **Concubin** survivant, inscrit au contrat, pourra souscrire une adhésion au contrat pour lui-même et, le cas échéant, pour ses **Ayants droit**:
- dans les conditions de la section 'Votre adhésion au contrat et les personnes garanties' s'il est âgé de moins de 60 ans à la date du décès de l'Adhérent,
- dans les conditions de la section 'Votre adhésion au contrat et les personnes garanties', excepté celles relatives à l'âge maximal à l'adhésion s'il est âgé de plus de 60 ans à cette date.

Toutefois, aucune formalité médicale ne sera exigée par l'**Assureur**.

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

- au terme de la durée fixe indiquée au **Certificat d'adhésion** ou à la fin de la période couverte par la dernière **Cotisation** réglée, lorsque l'Adhérent demande la radiation de son adhésion au contrat, notifiée par lettre adressée au **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** sous réserve d'un préavis de 2 mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 12 mois d'adhésion au contrat.

Il est précisé que toute radiation est définitive. La cessation de l'adhésion de l'Adhérent entraîne en tout état de cause et à la même date, la cessation des garanties et la radiation de tous ses Ayants droit.

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

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

- pour le **Conjoint**: à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
- ou pour le **Partenaire**: à la date de rupture du pacte civil de solidarité,
- ou pour le **Concubin**: à la date de cessation du **Concubinage**,

¹ Par Justificatif officiel, nous entendons:

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

- pour les enfants: dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'Adhérent et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 20^e anniversaire ou leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par le contrat au 1^{er} euro.

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

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

APPORTER DES MODIFICATIONS AU CONTRAT

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

• CHANGEMENT DE LIEU DE RÉSIDENCE, D'ADRESSE POSTALE OU D'ADRESSE E-MAIL

- changement d'adresse privée de correspondance, d'adresse e-mail ou de **Pays de résidence principale** :

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

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

- changement d'adresse e-mail,

- changement de **Pays de résidence principale**.

IMPORTANT

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

Aussi, merci de nous tenir informés de tout changement d'adresse qu'il concerne l'Adhérent et/ou ses Ayants droit.

• CHANGEMENT D'ADHÉRENT PRINCIPAL

Si vous souhaitez modifier l'Adhérent principal au moment du renouvellement du contrat, le nouvel Adhérent principal devra compléter une nouvelle **Demande d'adhésion** et sera soumis à une sélection médicale complète.

• DÉCÈS DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL OU D'UN AYANT DROIT

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

• CHANGEMENT DE FORMULE (QUARTZ, PEARL, SAPPHIRE OU DIAMOND)

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

• CHANGEMENT DE FRANCHISE

Un changement de **Franchise** (ou la mise en place d'une **Franchise** dans le cas où l'Adhérent n'en avait pas choisi dans la **Demande d'adhésion**) ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de Franchise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

• CHANGEMENT DE NIVEAU D'INTERVENTION (DÈS LE 1^{er} EURO / DOLLAR OU EN COMPLÉMENT DE LA CFE/ CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER)

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

• CHANGEMENT D'OPTION(S) (HEALTH, HEALTH+ OU HEALTH+CHILD)

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

• CHANGEMENT DE DEVISE (EURO OU DOLLAR)

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

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

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

6.3 / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

CALCUL DE LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

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

- de l'âge de la personne assurée au moment de l'adhésion,
- de la **Zone de couverture sélectionnée**,
- des garanties souscrites (Garanties de base uniquement (HEALTH) ou Garanties de base + Garantie(s) optionnelle(s) : Optique/Dentaire (HEALTH+) ou Optique/Dentaire + **Maternité** (HEALTH+CHILD),
- de la formule de garantie souscrite (Quartz, Pearl, Sapphire, Diamond),
- des **Franchises** et/ou **Co-paiements** sélectionnés,
- et de la couverture (au 1^{er} euro/dollar ou en complément de la CFE).

Il est précisé que tant que 3 enfants au moins sont garantis au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les **Cotisations** de 2 enfants seront dues, les plus élevées en termes de montant, les autres enfants étant garantis sans contrepartie de **Cotisation**.

Le montant de la **Cotisation** est revu à chaque date anniversaire de l'adhésion au contrat compte tenu de l'âge de chaque **Bénéficiaire** et du tarif en vigueur à cette date anniversaire (compte tenu de l'application de la clause d'Ajustement prévue ci-après).

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la **Cotisation**.

ÉVOLUTION DE LA COTISATION DANS LE TEMPS

Ajustement de la cotisation du Contrat d'assurance de groupe ouvert : Les taux de cotisations sont susceptibles d'être révisés, au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du **Contrat d'assurance de groupe ouvert**, souscrit par l'association ASFE auprès de **Groupama Gan Vie**, l'**Assureur**, enregistrés au cours de l'année civile écoulée et de la dérive des coûts de santé constatés dans le Monde. Pour ce faire, les montants en euros / dollars des **Cotisations** sont affectés d'un coefficient **K** calculé d'après la formule suivante :

$$K = \frac{S}{P.nettes}$$

dans laquelle :

S représente les sinistres afférents à l'exercice considéré,

P.nettes représente les cotisations nettes de chargements, comptabilisées au titre du même exercice.

Ajustement de la cotisation de votre adhésion : le montant de la **Cotisation** de votre adhésion est revu chaque année, à la date anniversaire de celle-ci, compte tenu de l'âge de l'Adhérent et chacun des **Ayants droit** garantis et du tarif en vigueur à cette date compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-avant. Cet ajustement des **Cotisations** s'applique à votre adhésion au contrat à chaque date d'anniversaire de celle-ci.

MODALITÉS DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES

Les **Cotisations** sont payables à l'ordre d'ASFE mensuellement (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros ou dollars US.

Les Appels de cotisation d'ASFE sont envoyés en fonction de la périodicité du paiement que vous avez choisie lors de votre affiliation (mensuelle (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestrielle, semestrielle ou annuelle). Pour votre règlement, vous avez le choix entre différents modes de paiement :

• EN LIGNE, PAR CARTE BANCAIRE (VISA - MASTERCARD - AMERICAN EXPRESS)

- sur www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique Paiement en Ligne.

• PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (SUR COMPTE EN FRANCE OU À MONACO UNIQUEMENT)

Complétez et signez l'autorisation de prélèvement automatique fournie avec votre Appel de cotisation (également disponible sur simple demande).

• PAR CHÈQUE BANCAIRE OU POSTAL

Libellez votre chèque à l'ordre d'ASFE et indiquez votre n° d'Adhérent ASFE au dos du chèque (très important pour une bonne imputation du chèque). Merci de respecter la date d'échéance afin d'éviter une procédure de mise en demeure.

• PAR VIREMENT

- de France: utilisez les références bancaires de MSH INTERNATIONAL.
- ou de l'étranger: par Swift, utilisez les IBAN et BIC de MSH INTERNATIONAL.

Merci de nous contacter pour connaître nos coordonnées bancaires.

Indiquez votre n° d'Adhérent ASFE (très important pour une bonne imputation du virement).

Les frais afférents à ce mode de paiement seront à votre charge.

INFORMATIONS EN LIGNE SUR LE RÈGLEMENT DE VOTRE COTISATION

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

PROCÉDURE EN CAS DE NON-RÈGLEMENT DE VOTRE COTISATION

En application des dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, toute **Cotisation** exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.

En cas de non-paiement d'une **Cotisation par l'Adhérent**, en application des dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'Association contractante doit, au plus tôt, 10 jours après la date d'échéance de la **Cotisation** impayée, adresser à l'Adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'**Assureur** et l'Association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'**Assureur** pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la **Cotisation**. L'Adhérent reste redevable de l'intégralité de la **Cotisation** jusqu'à sa date de radiation.

FRAIS DE BANQUE

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

REMBOURSEMENT DE LA COTISATION

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

ajouter le paragraphe suivant :

EXONÉRATION DE LA COTISATION - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE L'ADHÉRENT

Si l'adhérent est en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de son 71^e anniversaire, l'adhérent et ses ayants droit garantis par le contrat continuent à bénéficier des garanties souscrites dans les conditions du contrat, sans contrepartie de cotisation, dès le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est survenu :

- le versement des prestations prévues au titre de la garantie Arrêt de travail « classique » dans le cas où vous avez souscrit la garantie en cas d'arrêt de travail « classique » (Option 1 - article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance) et pendant toute la durée de leur versement,
- le 91^e jour d'arrêt total et continu de travail dans le cas contraire.

Les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident survenu à compter de la date d'effet de votre adhésion au contrat et ne sont applicables que pour les cotisations afférentes aux ayants droit inscrits au contrat au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

• DÉTERMINATION DE LA GARANTIE

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail, si nous avons reconnu votre état d'incapacité temporaire totale de travail ou votre état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance.

• DÉCLARATION ET JUSTIFICATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

La preuve de l'arrêt de travail vous incombe et vous êtes tenu de nous le déclarer dans les conditions définies à l'article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance. Les arrêts de travail déclarés hors délai ne donneront pas lieu à exonération du paiement de la cotisation pour la période antérieure à la déclaration. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives énumérées à l'article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance. Nous nous réservons la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'application de la garantie. Si vous avez souscrit la garantie en cas d'arrêt de travail « classique », les documents fournis au titre de celle-ci sont suffisants. En cas de reprise du travail ou de cessation de votre arrêt total de travail, vous devez nous en informer immédiatement.

• RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

Nous nous réservons expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité. A cet effet, les dispositions de l'article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance sont applicables dans le cadre de la présente garantie.

• RISQUES EXCLUS

Les risques exclus au titre de la garantie Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail sont identiques à ceux prévus à l'article 8 des dispositions générales des garanties de prévoyance.

• DURÉE ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération. Il prend fin lors de votre reprise ou de votre aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité. Il cesse en outre, au plus tard, à la date de liquidation de la pension de votre régime d'assurance vieillesse de base (y compris pour inaptitude au travail) et, en tout état de cause, le jour où vous atteignez l'âge de 71 ans. Il cesse également en cas de résiliation du contrat.

6.4 / INFORMATIONS LÉGALES

LÉGISLATION APPLICABLE ET JURIDICTION

Les **Contrats d'assurance de groupe ouvert** sont régis par le droit français et par le Code des Assurances français et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Ils relèvent de la branche 2 (Maladie) de l'article R. 321-1 du Code des Assurances.

Les déclarations de l'Association contractante, des Adhérents et des Assurés servent de base aux garanties du contrat.

L'Association contractante, l'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

INFORMATION DES ADHÉRENTS

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

Il incombe à l'Association contractante :

- d'informer par écrit les Adhérents des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du Code des Assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur,
- de prévenir les Adhérents de la résiliation du contrat et de les informer des conditions dans lesquelles ils peuvent adhérer au contrat individuel proposé par l'Assureur.

La preuve de la remise de la notice à l'Adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles et à la résiliation du contrat incombe à l'Association contractante.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'Assureur pour établir et adresser cette information.

LANGUE APPLICABLE

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

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

• PRESCRIPTION

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

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

En application de l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil. Il s'agit notamment de :

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

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation,

-l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à la contractante en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par la contractante ou l'Adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES DONNÉES

Protection des données personnelles: Les données personnelles concernant les Adhérents et les **Ayants droit** sont traitées dans le respect de la loi française Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur affiliation et de leurs garanties. A l'exception des données de santé, elles sont destinées aux services de l'**Assureur** et/ou du **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** et à ses distributeurs, mandataires, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance de portefeuille) et dans le cadre des dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles de l'Adhérent peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'Adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais en s'adressant par courrier postal à l'**Assureur**:

Groupama Gan Vie - Direction des Affaires Générales - Correspondant Informatique et Libertés 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Recueil et traitement de données de santé: L'Adhérent ou l'**Ayant droit** accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au **Médecin Conseil** de l'**Assureur** et à son service médical, ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

L'Adhérent et l'**Ayant droit** disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations les concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au **Médecin Conseil** de l'**Assureur** dont les coordonnées lui seront communiquées sur demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Enregistrement des appels téléphoniques: L'Adhérent et/ou les **Ayants droit** peuvent être amenés à téléphoner à l'**Assureur** et/ou au **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** pour lui demander tous types de renseignements.

L'**Assureur** et/ou le **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** les informe(nt) que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses(leurs) prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'**Assureur** et/ou le **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** en charge de l'appel considéré.

Si l'Adhérent ou un **Ayant droit** a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, elle (il) peut en faire la demande par courrier adressé à l'**Assureur** et/ou le **Gestionnaire (MSH INTERNATIONAL)** à l'adresse indiquée précédemment. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

Transfert d'informations hors de l'Union Européenne: Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en œuvre des garanties et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les Adhérents et/ou **Ayants droit** peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union Européenne ou situés hors Union Européenne, ce dont les Adhérents et **Ayants droits** sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

CAS DE FORCE MAJEURE

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

FRAUDE ET DISSIMULATION DES FAITS - FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L- 132-26 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent ou de ses **Ayants droit**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque et en diminue l'opinion pour l'Assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou l'**Ayant droit** a été sans influence sur le sinistre. Les Cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a le droit au paiement de toutes les Cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans l'hypothèse où une demande de remboursement devait se révéler fautive, frauduleuse, volontairement surévaluée ou si l'Adhérent ou l'un de ses Ayants droit devait recourir à des procédés ou moyens frauduleux afin de tirer avantage du contrat d'assurance, le sinistre ne pourrait être remboursé. En conséquence, l'Adhérent ou ses Ayants droit seraient alors immédiatement redevables de toute somme versée pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. En cas de recours à des procédés ou moyens frauduleux, la **Cotisation** ne pourra être remboursée, en totalité ou partie, et toute demande de remboursement en attente de règlement ne pourra être honorée.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des Assurances.

PROCÉDURES DE RÉCLAMATION ET SERVICE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'Adhérent ou l'**Ayant droit** peut s'adresser :
- au **Gestionnaire MSH INTERNATIONAL** par écrit à l'adresse suivante : MSH INTERNATIONAL, Service réclamation, 82 rue de Villeneuve 92 587 CLICHY Cedex. Si à la suite de ce premier contact un différend éventuel persistait, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances, compétent pour toute réclamation d'un particulier, 91 rue Saint Lazare, 75009 PARIS, ou à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

ou
- au service en charge de la relation avec la clientèle de l'**Assureur** à l'adresse suivante :
- par courrier postal : Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 LA DEFENSE CEDEX - Tél. : 01 70 96 62 68
- par courriel : src-collectives@ggvie.fr

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'**Assureur** à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie - Service Réclamations - 160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 - 91246 Morangis Cedex
- par courriel : service.reclamations@ggvie.fr

Dans ces deux cas, l'**Assureur** s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé. En dernier lieu et sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, l'Adhérent ou l'**Ayant droit** pourra recourir au médiateur de l'**Assureur** en lui écrivant à l'adresse suivante : Médiateur de Groupama Gan Vie - 5-7 rue du Centre - 93199 Noisy-le-Grand Cedex. Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr.

RESPONSABILITÉ

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

COMMUNICATION AVEC LES AYANTS DROIT

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

7 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ÉVACUATION MÉDICALE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ

7.1 / GÉNÉRALITÉS

OBJET DU CONTRAT

Police n°58662558 souscrite par ASFE auprès d'EUROP ASSISTANCE.

Les présentes Dispositions Générales des prestations d'assistance médicale d'urgence et de transport/évacuation d'urgence conclu entre EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, et le Souscripteur, ont pour objet de faire bénéficier les Assurés répondant aux conditions de garantie des prestations d'assistance souscrites pour leur compte par ASFE, le Souscripteur du présent contrat.

DÉFINITIONS

Au sens du présent contrat, on entend par :

Accident (de la personne) : Un événement soudain et fortuit atteignant l'Assuré, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assuré (vous) : Les Adhérents de l'ASFE, avant leur départ en expatriation, selon la zone de couverture choisie lors de la souscription. Il s'agit de l'Assuré principal et de ses ayant-droit qui figurent sur la demande d'adhésion.

Dans le présent contrat les Assurés sont également désignés par le terme « vous ».

Assisteur : Dans le présent contrat, la société Europ Assistance est désignée sous le terme « nous »- Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social est sis 1 promenade de la bonnette - 92230 GENNEVILLIERS.

Catastrophe naturelle : Phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays de survenance.

Déplacement : Tous vos déplacements privés et professionnels, dans et hors votre Pays d'expatriation, ne dépassant pas 180 jours consécutifs.

Domicile : Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation figurant comme domicile sur votre avis d'imposition sur le revenu avant votre date de départ en expatriation. Il est situé dans le monde entier.

Les Assurés doivent obligatoirement résider hors de leur pays de Domicile pendant la période de validité du contrat.

Étranger : Le terme Étranger signifie les pays hors de votre pays de Domicile.

Événement : Toute situation prévue par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'intervention auprès de l'Assisteur.

France : Le terme France signifie France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Franchise : Partie du montant des frais restant à votre charge.

Hospitalisation : Toute admission d'un Assuré justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

Lieu de résidence : Est considéré comme Lieu de résidence, votre lieu d'habitation principal et habituel, situé dans votre Pays d'expatriation.

Maladie : État pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Membre de la famille : Par Membre de la famille, on entend le conjoint, le pacsé ou le concubin notoire vivant sous le même toit, l'(les) enfant(s) légitime(s), naturel(s) ou adopté(s) de l'Assuré, le père et la mère.

Pays d'expatriation : Est considéré comme Pays d'expatriation, le pays dans lequel vous vivez plus de 180 jours par an. Il est obligatoirement différent du pays de Domicile.

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

QUELLE EST LA NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS ?

Les prestations d'assistance du contrat décrites au chapitre II s'appliquent :

dans votre Pays d'expatriation, aux déplacements de loisirs aussi bien qu'aux déplacements professionnels, hors de votre Pays d'expatriation, au cours de tout déplacement de loisir ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 180 jours consécutifs, à la condition que l'Assuré ait souscrit pour les zones géographiques correspondantes.

Il appartient au Souscripteur de vérifier que les Assurés répondent aux conditions d'adhésion définies aux présentes Dispositions Générales.

Les déplacements professionnels prennent effet à compter du moment où l'Assuré quitte son Lieu de résidence ou le lieu dans lequel il exerce habituellement son activité professionnelle dans son Pays d'expatriation, et cesse à compter de son retour au premier rattaché des deux.

QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les prestations d'assistance s'appliquent dans le monde entier.

CONDITIONS D'INTERVENTION

Nous mettons en œuvre tous les moyens possibles et nécessaires afin de vous porter assistance où que vous vous trouviez dans un des pays du monde entier et conformément aux termes des présentes Dispositions Générales.

Il ne nous sera toutefois possible d'intervenir qu'aux conditions suivantes :

- qu'il ne soit pas porté atteinte à la libre circulation des personnes et des biens, que ce soit par voie terrestre, maritime, ou aérienne, et pour quelque cause que ce soit, notamment, à la suite d'une décision ou recommandation des autorités locales, nationales ou internationales, ou de la survenance d'une Catastrophe naturelle ou d'une situation de guerre,
- qu'à minima l'aéroport international le plus proche du lieu où vous vous trouvez soit ouvert,
- que la sécurité des personnes qui exécuteront les prestations d'assistance soit assurée, étant entendu qu'il n'est pas de notre ressort d'effectuer des opérations à caractère militaire.

COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

• VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tout problème relevant de leurs compétences.

En tout état de cause, notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tout intervenant auquel nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Afin de nous permettre d'intervenir :

Nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat.

Vous devez impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 84 46 (depuis l'étranger le 33 1 41 85 84 46), télécopie : 01 41 85 85 71 (33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).
- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

IMPORTANT

Il est rappelé que l'Assuré doit effectuer les démarches auprès de son assurance frais de santé, **GROUPAMA GAN VIE** par l'intermédiaire du Gestionnaire **MSH INTERNATIONAL**, afin qu'une prise en charge soit délivrée par cette assurance frais de santé auprès de l'établissement hospitalier qui l'a accueilli.

• QUELLES SONT LES CONDITIONS D'APPLICATION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ?

Nous nous réservons le droit de demander tous les justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande d'assistance, justificatif de Domicile ou de Lieu de résidence, justificatif de dépenses, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf votre nom, votre adresse et les personnes composant votre foyer fiscal).

Nous intervenons à la condition expresse que l'Événement qui nous amène à fournir la prestation demeure incertain au moment de la souscription et au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, ou une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Dans le cas où EUROP ASSISTANCE serait amenée à déclencher une intervention faute d'élément de vérification, du fait d'éléments insuffisants ou suite à des éléments erronés au regard des informations devant être fournies à EUROP ASSISTANCE, les frais d'intervention ainsi engagés par EUROP ASSISTANCE seront refacturés à l'Assuré et payables à réception de la facture.

• CUMUL DE GARANTIES

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, vous devez nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (L121-4 Code des Assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

• FAUSSES DÉCLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, portant sur les éléments constitutifs du risque, entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu au Code des Assurances à l'article L 113-8,
- toute omission ou déclaration inexacte dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113-9.

• DÉCHÉANCE DE PRESTATION POUR DÉCLARATION FRAUDULEUSE

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance (prévues aux présentes Dispositions Générales), si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance, prévues aux présentes Dispositions Générales, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du contrat, vous vous engagez soit à nous réserver le droit d'utiliser le(s) titre(s) de transport que vous détenez, soit à nous rembourser les montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de votre (vos) titre(s) de transport.

7.2 / DESCRIPTION DE NOS PRESTATIONS ET GARANTIES

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Etendue des prestations d'assistance pendant votre expatriation.

• DESCRIPTION DE NOS PRESTATIONS

Vous êtes malade ou blessé(e), nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu à la suite de la Maladie ou de l'Accident.

Les informations recueillies, auprès du médecin local et éventuellement du médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour vers votre Lieu de résidence,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche dans votre Pays d'expatriation ou dans un pays voisin - par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1^{re} classe, couchette 1^{re} classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.

Dans certains cas, votre situation médicale peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Lieu de résidence.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où vous refuseriez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Si un accord préalable de prise en charge n'a pas été délivré auprès de l'établissement hospitalier qui a reçu l'Assuré par son assureur frais de santé, l'Assisteur pourra être dans l'incapacité de délivrer la prestation d'assistance rapatriement tant que les frais médicaux engagés n'auront pas été réglés par l'Assuré lui-même ou l'un de ses proches.

Il est également rappelé que la responsabilité de l'Assisteur ne pourra être engagée du fait d'un retard dans l'exécution des prestations résultant des délais de prise en charge inhérents à l'assureur frais de santé ou à tout tiers intervenant dans le règlement des frais médicaux préalables à la mise en œuvre de la garantie « Transport Rapatriement »

L'Assisteur ne pourra être tenu responsable dans le cas où l'établissement hospitalier n'aurait pas été réglé des frais engagés consécutivement à l'admission de l'Assuré dans un établissement hospitalier ou du fait de l'insuffisance ou de l'absence de couverture en frais de santé de l'Assuré, le règlement desdits frais étant un préalable au transport rapatriement.

• CE QUE NOUS EXCLUONS

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les exclusions générales figurant p. 87, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

- les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Étranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre 7.2 - «Transport/Rapatriement» pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences, et les frais en découlant,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'hospitalisation, les frais médicaux (consultations, pharmacie, autres actes), les soins dentaires,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant,
- les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,
- les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer,
- l'organisation des recherches et secours des personnes dans le désert, et les frais en découlant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane.

7.3 / CADRE DU CONTRAT

Le présent contrat est soumis à la loi française.

OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

• INFORMATIONS DES ASSURÉS

Le Souscripteur est tenu de remettre aux Assurés les Dispositions Générales qui définissent notamment les garanties accordées par le présent contrat et leurs modalités d'application. Il doit également leur communiquer le Tableau des Montants de Garanties, les options choisies ainsi que les zones géographiques retenues.

Il est tenu de les informer préalablement et par écrit de toute modification en cours de contrat, des garanties souscrites.

RESPONSABILITÉ - RÉCLAMATIONS

Chaque partie assume seule les conséquences découlant de ses fautes et manquements aux obligations lui incombant dans le cadre du contrat.

Ainsi, Europ Assistance assume seule la responsabilité liée à l'exécution des Prestations d'assistance aux Assurés, telles que désignées dans le présent contrat.

A ce titre, Europ Assistance répondra aux éventuelles réclamations qui pourraient être présentées par les Assurés à propos de ses Prestations d'Assistance.

Dans l'hypothèse où le Souscripteur recevrait une réclamation de la part d'un Assuré concernant les Prestations d'assistance, il s'engage à la faire suivre sans délai au Service Qualité d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex. Vis-à-vis des tiers, chacune des parties est seule responsable des actes et prestations lui incombant d'après le présent contrat.

DROIT ET LANGUES APPLICABLES

Le contrat est régi par le Code des Assurances.

Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue utilisée pendant la durée du contrat est la langue française.

En cas de conflit d'interprétation entre la version française et la version traduite en langue étrangère des documents remis à l'Assuré, la version en langue française prévaudra.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT ET DES GARANTIES

• PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat conclu entre le Souscripteur et Europ Assistance prend effet à compter du 1^{er} juillet 2015. Il est conclu pour une durée d'un an à compter de la date d'effet avec possibilité de résiliation annuelle par lettre recommandée, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois avant chaque échéance annuelle. A son expiration, il est tacitement reconduit d'année en année, sauf dénonciation par l'Assureur ou par le Souscripteur.

La faculté de résiliation annuelle est ouverte au Souscripteur comme à l'Assureur. Le délai de résiliation court à compter de la date figurant sur le cachet de la poste.

• PRISE D'EFFET DES GARANTIES

À l'égard des Assurés, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de validité des garanties correspond aux dates de séjour à l'Étranger, déclarées par l'Assuré au Souscripteur et mentionnées sa demande d'adhésion, avec une durée maximale de 365 jours consécutifs.

La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de souscription par le Souscripteur.

La durée de validité des garanties pour chaque Assuré ne peut excéder 365 jours consécutifs.

RÉSILIATION DU CONTRAT ET CESSATION DES GARANTIES

• RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF ENTRE L'ASSUREUR ET LE SOUSCRIPTEUR

Outre la possibilité de résiliation annuelle précisée ci avant (au paragraphe « durée du contrat »), le contrat peut être résilié

1 par l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions de l'Article L113-3 du Code des Assurances,
- dans le cas où des omissions ou des inexactitudes apparaissent dans les déclarations du Souscripteur à la souscription ou en cours de contrat (article L113-9 du Code des Assurances),
- en cas d'aggravation du risque dans les conditions de l'Article L113-4 du Code des Assurances.

2 par le Souscripteur :

- en cas de résiliation après Sinistre par l'Assureur d'un autre contrat souscrit par le Souscripteur (article R113-10 du Code des Assurances),
- dans les autres cas prévus par le Code des Assurances.

3 de plein droit :

- en cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur (Article L326-12 du Code des Assurances).

La résiliation doit être effectuée soit par lettre recommandée, soit par déclaration faite contre récépissé au siège social d'Europ Assistance.

Nous devons résilier, quant à nous, par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

CESSATION DES GARANTIES

Vos garanties cessent :

1 pour chaque Assuré

- le jour où vous cessez de faire partie du groupe assurable dans la mesure où vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion (cf- définition Assuré),
- à la date à laquelle il n'est plus Adhérent de l'ASFÉ,
- en cas de non-paiement des cotisations par l'Assuré,
- à la date de résiliation du contrat conclu entre le Souscripteur et nous.

2 pour l'ensemble des Assurés

- en cas de résiliation du contrat conclu entre le Souscripteur et l'Assureur, le Souscripteur en informera ses Adhérents Assurés.

Dès lors que le contrat se trouve résilié ou suspendu, il ne peut être maintenu dans ses effets pour les Assurés.

QUELLES SONT LES LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES ÉVÉNEMENTS ASSIMILÉS ?

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'évènements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc., nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre 7.2 - « transport/rapatriement ») au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ?

Les exclusions générales du contrat sont les exclusions communes à l'ensemble des prestations d'assistance décrites aux présentes Dispositions Générales.

Sont exclus :

- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,
- la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- sauf dérogation contractuelle, un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la loi N 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles,
- les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de nos prestations d'assistance, nous sommes subrogés dans les droits et actions que vous pouvez avoir contre les tiers responsables du Sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des Assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

QUELS SONT LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION ?

Conformément aux dispositions de l'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 fautive 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. »

Conformément à l'article L114-2 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 accusé 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.»

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 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.»

RÉCLAMATIONS

EUROP ASSISTANCE élit domicile à l'adresse de son siège social.

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser au service «Remontée Clients» d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine des présentes prestations d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à : EUROP ASSISTANCE FRANCE, Service «Remontée Clients», 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant, est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Assurés sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces enregistrements seront conservés pendant une durée de 2 mois. Les Assurés pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

8 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ

Police n° FRCANA 19808 souscrite par l'ASFE auprès de CHUBB.

ACE a fait l'acquisition de Chubb, donnant naissance à un leader mondial de l'assurance qui opère sous la marque prestigieuse Chubb. ACE European Group Limited, compagnie d'assurance de droit anglais au capital de 544.741.144£ sise 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP, immatriculée sous le numéro 01112892 et dont la succursale pour la France est sise Le Colisée, 8, avenue de l'Arche à Courbevoie (92400), numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre. ACE European Group Limited est soumise au contrôle de la Prudential Regulation Authority PRA (20 Moorgate, London EC2R 6DA, Royaume Uni) et de la Financial Conduct Authority FCA (25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Royaume Uni).

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances et par la présente notice d'information valant Conditions Générales.

8.1 / DÉFINITIONS

Souscripteur: ASFE, Association of Services For Expatriates, association sans but lucratif, régie par la loi de 1901, pour le compte de ses adhérents.

Assuré: Par assuré, l'on entend:

L'adhérent de l'ASFE déclaré comme Assuré principal dans la demande d'adhésion. Cet adhérent sera désigné ci-après sous l'appellation générique d'expatrié.

Les membres de la famille partant avec l'expatrié, comprenant son conjoint et ses enfants, son concubin ou sa concubine, les enfants du concubin ou de la concubine ainsi que tout enfant vivant habituellement au foyer et à la charge de l'expatrié. Cette qualité est étendue aux enfants âgés de moins de 26 ans jouissant d'un logement distinct mais demeurant sous la dépendance économique de leurs parents, quel que soit le pays de résidence de ces enfants notamment à l'occasion de leurs études.

Les expatriés qui ne sont pas assurés sur la même adhésion (n'appartenant pas au même foyer) sont considérés comme tiers entre eux.

Pays d'origine: Est considéré comme pays d'origine celui du domicile habituel de l'Assuré principal.

Séjour temporaire dans le pays d'origine: Par «Séjour temporaire dans le pays d'origine», il faut entendre uniquement les congés, séjours de formation et les missions se situant à l'intérieur d'une période d'expatriation dans un pays donné. N'entrent pas dans la garantie les séjours se produisant entre deux expatriations.

8.2 / GARANTIES

Par le présent contrat, l'Assureur garantit l'Assuré contre les dommages et les conséquences pécuniaires des risques définis ci-après.

ARTICLE 1 - GARANTIES

Sont garanties, à concurrence des sommes fixées au chapitre 8.3 / ci-après, les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant incomber à l'Assuré en vertu de toute loi ou règlement en vigueur sur le lieu du sinistre.

L'Assureur s'engage, en outre:

- à défendre l'Assuré devant toute juridiction ou commission, lorsqu'il est cité à comparaître à la suite d'un dommage garanti au titre du présent contrat
- à réclamer à l'amiable ou devant toute juridiction la réparation d'un préjudice subi par l'Assuré, lorsqu'il est imputable à un tiers et qu'il résulte d'un dommage matériel ou corporel qui aurait été garanti par ce contrat, s'il avait engagé la responsabilité de l'Assuré

Cette garantie comprend les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avoué, d'avocat et les frais de procès. Si, en raison du lieu de survenance du dommage, l'Assureur ne peut effectuer lui-même la défense ou le recours de l'Assuré, il s'engage à rembourser les frais engagés par l'Assuré pour sa défense ou son recours, dans les limites prévues au chapitre 8.3 / du présent contrat.

ARTICLE 2 - EXCLUSIONS

Est seule exclue la responsabilité de l'Assuré:

- **du fait de l'exercice de sa profession.** Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas à l'Assuré lorsqu'il utilise des véhicules terrestres sans moteur pour le trajet domicile-lieu de travail, aller et retour. De même, la responsabilité du conjoint de l'Assuré lorsqu'il participe à titre bénévole à des activités éducatives et/ou sportives, est bien garantie.
- **du fait de l'usage d'armes à feu lors de tous actes de chasse visés par un obligation locale d'assurance,**

- du fait de la conduite de véhicules à moteur, terrestres, aériens, fluviaux et maritimes (dommages causés et/ou subis). Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas lorsque lesdits véhicules sont utilisés à l'insu de l'expatrié ou de son conjoint par des personnes dont ils sont civilement responsables et que ces véhicules n'appartiennent à ces derniers ni à l'expatrié ou à son conjoint. La responsabilité encourue par l'utilisateur, même non muni du permis de conduire, est également garantie lorsqu'il s'agit d'un embarcation de moins de 8 mètres, munie ou non d'un moteur inférieur à 5 CV.
- du fait de sa participation en tant que concurrent à des compétitions sportives comportant des obligations légales d'assurance,
- du fait de tout immeuble dont les personnes assurées seraient propriétaires
- du fait des dommages causés par les personnes assurées lorsque ces personnes demeurent dans le pays d'origine, la garantie demeurant acquise pour les séjours temporaires,
- du fait des dommages intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité,
- du fait de la participation active de l'Assuré à des rixes ou bagarres, sauf en cas de légitime défense
- du fait du personnel domestique de l'Assuré, sauf si l'Assuré est recherché en qualité de commettant civilement responsable,
- du fait des pertes et dommages occasionnés aux objets qui lui sont confiés.

8.3 / LIMITES DE GARANTIES

Les garanties sont acquises, par sinistre et par Assuré, à concurrence des sommes suivantes :

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES
Dommages corporels	3 000 000 € / 3 000 000 \$ par sinistre	300 € / 300 \$
Dommages matériels	1 500 000 € / 1 500 000 \$ par sinistre	300 € / 300 \$
Dommages immatériels consécutifs	300 000 € / 300 000 \$	300 € / 300 \$
Défense/Recours (hors expatriés aux USA)	16 000 € / 16 000 \$	Néant
Défense/Recours (expatriés aux USA)	30 000 € / 30 000 \$	Néant

8.4 / LIMITES TERRITORIALES

Les garanties s'exercent dans la Zone de couverture sélectionnée par l'Assuré.

Clause embargo

Les Assureurs ne sont réputés fournir de garantie et ne sont tenus au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose les Assureurs ou leur société mère ou la société holding qui les contrôle en dernier ressort à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de l'Union Européenne, du Royaume-Uni, de la France ou des États-Unis d'Amérique.

8.5 / ACQUISITION ET DURÉE DE LA GARANTIE

Les garanties sont acquises pendant toute la période de mobilité internationale de l'Assuré, et pendant les séjours temporaires dans le pays d'origine ou autres pays où l'Assuré pourrait séjourner à titre privé ou à titre professionnel.

Les garanties sont acquises à compter du jour de départ en mobilité internationale de l'Assuré et des membres de la famille, et en cas de départ séparé, à compter du jour de chacun desdits départs.

Les garanties cesseront 1 mois après le retour définitif de l'Assuré dans le pays d'origine.

8.6 / APPLICATION DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

La garantie déclenchée par le fait dommageable couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

8.7 / GESTION DES PAIEMENT DES SINISTRES

L'Assuré doit :

- donner, dès qu'il en a connaissance, et au plus tard dans les cinq jours, avis du sinistre par écrit à MSH INTERNATIONAL
- faire parvenir à MSH INTERNATIONAL après sinistre, dans les plus brefs délais, une déclaration indiquant les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature et le montant approximatif des dommages
- en cas de sinistre mettant en cause la responsabilité civile de l'Assuré, et si en raison du lieu de survenance du sinistre l'Assureur ne peut assurer la défense de l'Assuré, prendre un avocat local et informer MSH INTERNATIONAL des nom et adresse de celui-ci

-transmettre à MSH INTERNATIONAL dans les meilleurs délais la copie de toutes lettres, convocations, actes judiciaires ou pièces de procédure.

Si l'une de ces formalités n'est pas remplie du fait du comportement fautif ou négligeant de l'Assuré, sauf cas de force majeure, l'Assureur aura le droit de réduire son indemnisation de manière proportionnée au dommage que ce retard pourra lui causer.

L'Assureur ne peut se voir opposer une reconnaissance de responsabilité ou une transaction intervenue en dehors de lui ou sans son accord, l'aveu d'un fait matériel n'étant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité.

8.8 / DISPOSITIONS DIVERSES

AUTRES ASSURANCES

Dans le cas où il existerait d'autres assurances couvrant les mêmes risques, la présente Police ne jouera qu'en complément des garanties existant par ailleurs, sauf disposition contraire de ces dernières.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente police sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

LOI ET JURIDICTION APPLICABLE

Le présent contrat est régi par la Loi Française. Tout différend résultant de l'application du présent contrat sera de la compétence des Tribunaux Français.

DISPENSE DE TAXE

En application de l'article 1000 du Code Général des Impôts, l'Assuré bénéficie de l'exonération de la taxe spéciale d'assurances. Cependant, en vertu dudit article, il ne peut être fait usage dans le pays d'origine de ce contrat par acte public ou devant toute Autorité constituée que s'il a été préalablement soumis à la formalité du visa pour timbre, formalité donnée moyennant paiement de la taxe.

En conséquence, l'Assuré s'engage à acquitter le cas échéant avec rappel à quelque moment que ce soit, le montant de la taxe d'assurance, soit dans l'hypothèse rappelée au paragraphe ci-dessus, soit dans le cas où les Services de l'enregistrement considéreraient que pour une raison quelconque le présent contrat ne remplit pas les conditions nécessaires à l'exonération. Pour les personnes expatriées en France ne bénéficiant pas de l'exonération des taxes d'assurance prévue par l'article 1000 du Code Général des Impôts, les taxes correspondantes devront être acquittées par le souscripteur.

8.9 / ANNEXE DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS

La garantie ci-après définie ne s'exerce que si elle est mentionnée aux Conditions Particulières. La mise en œuvre de cette garantie est confiée au: GIC CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019 PARIS, téléphone 01.53.26.25.25, lequel est mandaté par ACE European Group Ltd, a Chubb Company, pour délivrer les prestations garanties.

OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet d'apporter à l'Assuré les moyens juridiques et financiers qui sont nécessaires:

- ① Pour réclamer amiablement, et au besoin, judiciairement, la réparation pécuniaire des Dommages subis par l'Assuré, à la triple condition:
 - qu'il s'agisse de Dommages garantis, engageant la responsabilité d'une personne physique ou morale n'ayant pas la qualité d'Assuré au titre du présent contrat,
 - que ces Dommages soient survenus dans des circonstances où la garantie Responsabilité Civile du présent contrat aurait été acquise à l'Assuré s'il en avait été l'auteur au préjudice d'un Tiers,
 - que ces Dommages soient d'un montant égal ou supérieur au seuil d'intervention fixé aux Conditions Particulières.
- ② Pour défendre l'Assuré devant les juridictions répressives et les commissions administratives, s'il est poursuivi pour contravention ou délit à la suite d'un évènement couvert par la garantie Responsabilité Civile du présent contrat.

PRESTATIONS GARANTIES

L'Assureur s'engage, sous les conditions de mise en œuvre précisées au paragraphe « Mise en œuvre de la garantie »:

- ① à procurer à l'Assuré tous renseignements sur l'étendue de ses droits et la manière de les faire valoir, et à mettre en œuvre toutes interventions, démarches et moyens juridiques tendant à mettre fin au différend*
- ② à saisir l'avocat désigné par l'Assuré et, à défaut de libre choix, à lui en fournir un:
 - lorsqu'il faut défendre, représenter ou servir les intérêts de l'Assuré devant une juridiction ou une commission,

- en cas de conflit d'intérêts, c'est-à-dire si le GIE CIVIS doit simultanément défendre des intérêts liés à ceux de l'adversaire de l'Assuré.

- 3 à prendre en charge les honoraires des mandataires (avocat, correspondant, huissier, expert) et tout autre frais nécessaire, dans la mesure où ces frais et honoraires incombent à l'Assuré, pour faire reconnaître ses droits et les faire exécuter, ceci dans la limite fixée aux Conditions Particulières.

Ne sont pas pris en charge :

- les amendes et pénalités de toute nature que l'Assuré devrait en définitive payer ou rembourser à la partie adverse,
- les enquêtes pour identifier ou retrouver l'adversaire,
- les honoraires de résultat.

ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DE LA GARANTIE

La garantie s'exerce dans la Zone de couverture sélectionnée par l'Assuré.

MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

• DÉCLARATION

Tout évènement susceptible d'entraîner la mise en jeu de la présente garantie doit être déclaré par écrit au GIE CIVIS.

IMPORTANT

Sous peine de déchéance et sans préjudice des dispositions du paragraphe « Accord préalable de prise en charge » ci-après, l'Assuré doit, sauf cas fortuit ou de force majeure, faire cette déclaration avant toute saisine d'avocat ou tout engagement d'action judiciaire..

• CONSTITUTION DU DOSSIER

L'Assuré doit communiquer, lors de la déclaration, et ultérieurement, dès réception, toutes pièces, informations et éléments de preuve se rapportant au différend, et utiles à la vérification de la garantie, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution. L'Assuré doit notamment fournir tous renseignements permettant d'identifier et de retrouver son adversaire et de chiffrer et de justifier sa Réclamation, ainsi que tous renseignements concernant les autres assurances dont il pourrait éventuellement bénéficier à l'occasion des événements déclarés.

IMPORTANT

L'Assuré sera déchu de tout droit à garantie et tenu de rembourser les frais déjà exposés s'il fait sciemment des déclarations inexactes (ne serait-ce qu'en dissimulant certains documents ou renseignements) sur la nature, les causes ou les conséquences du différend ou tout élément concernant la recherche de sa solution.

• ACCORD PRÉALABLE DE PRISE EN CHARGE

La conduite du dossier, les saisines de mandataire et les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre l'Assuré et le GIE CIVIS.

En cas de désaccord, l'Assuré peut demander l'arbitrage prévu au E, mais il peut aussi, après en avoir informé le GIE CIVIS par écrit, exercer lui-même l'action contestée. S'il obtient une solution définitive plus favorable, le GIE CIVIS remboursera sur justification et dans les limites de la garantie, les frais qu'il aura exposés et dont le montant n'aura pas été mis à la charge de l'adversaire.

IMPORTANT

Sous réserve de ce cas particulier, les initiatives que l'Assuré pourrait prendre sans l'accord préalable du GIE CIVIS resteront à sa charge sauf s'il s'agit de mesures conservatoires réellement urgentes pour lesquelles l'Assuré a été dans l'impossibilité de joindre le GIE CIVIS, ne serait-ce que téléphoniquement, et pour autant que ces mesures se révèlent appropriées.

• CHOIX ET SAISIE DE L'AVOCAT

S'il convient de constituer un avocat, l'Assuré a le droit de le choisir (c'est-à-dire de le désigner au GIE CIVIS).

Lorsque l'Assuré choisit son avocat, il ne doit jamais le saisir directement, mais confier ce soin au GIE CIVIS. Le montant de la prise en charge de l'Assureur est évalué de gré à gré entre le GIE CIVIS et l'Assuré ou, à défaut, comme il est dit au E, en fonction de la nature et des difficultés du dossier.

L'Assureur ne prend pas en charge les frais supplémentaires découlant de l'intervention d'un avocat non territorialement compétent (frais de déplacement, frais de postulation etc.).

Lorsque la prise en charge de l'Assureur est inférieure aux honoraires de l'avocat, ou à l'évaluation qui a pu être faite, l'Assuré peut désigner un autre avocat ou maintenir son choix initial en conservant à sa charge le dépassement d'honoraire.

• **PAIEMENT DES SOMMES ET SUBROGATION**

Le GIE CIVIS réglera directement les honoraires et frais garantis sans que l'Assuré ait à en faire l'avance, sauf si l'Assuré récupère la taxe sur la valeur ajoutée, auquel cas le GIE CIVIS lui remboursera, sur justificatifs, le montant hors taxes de ces frais et honoraires.

Le GIE CIVIS reversera à l'Assuré les sommes et indemnités obtenues à son profit dans les trente jours de la date à laquelle il les aura lui-même encaissées.

De son côté, il appartient à l'Assuré de verser les consignations, cautions ou provisions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

L'Assureur est subrogé conformément à l'article L. 121-12 du Code dans les droits et actions de l'Assuré contre les Tiers à concurrence des sommes qu'il a réglées.

L'Assuré s'engage à préserver ces droits et, s'il y a lieu, à reverser à l'Assureur les sommes qui auraient été directement perçues à ce titre, notamment celles obtenues au titre de l'article 700 du code de procédure civile ou de tout autre texte équivalent.

RÉSOLUTION DES CONFLITS SURGISSANT ENTRE LE GIE CIVIS ET L'ASSURÉ

Sur simple demande de l'Assuré, tout désaccord survenant entre le GIE CIVIS et l'Assuré à propos de la mise en œuvre de la présente garantie sera soumis par voie de requête conjointe au Président du Tribunal d'Instance du domicile de l'Assuré, ce magistrat statuant à l'amiable compositeur.

Cette requête conjointe est prise en charge par l'Assureur et n'interdit pas à l'Assuré de recourir à ses frais à tout autre moyen de droit.

9 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE, INCLUSES AVEC VOTRE CONTRAT SANTÉ

9.1 / L'ASSISTANCE JURIDIQUE DE L'EXPATRIÉ ET DE L'IMPATRIÉ

INFORMATIONS JURIDIQUES ET FISCALES

Pour vous informer au regard de la loi française, nous mettons à votre disposition notre service d'information « ASFE INFORMATION JURIDIQUE »

Ses juristes répondent à vos questions d'ordre juridique à caractère documentaire et vie quotidienne relatives aux domaines suivants :

- **Droit de la consommation** : l'achat, la location, le financement, la propriété et la vente de bien mobiliers et de services destinés à votre usage privatif.
- **Droit immobilier, concernant votre habitation en France** : mise en location durant votre expatriation, copropriété, relations avec votre bailleur en votre qualité de locataire, voisinage, travaux d'entretien ou de réparation, assurance...
- **Droit des transports** : déménagement, transport de bagages, responsabilité du transporteur...
- **Droit fiscal** : informations à propos de la déclaration de revenu, impôt sur le revenu des personnes physiques, taxe sur la valeur ajoutée relatives à des biens et services destinés à votre usage privatif, procédures fiscales...
- **Droit douanier** : dédouanement...

IMPORTANT

Ce service est accessible 24 H / 24, 7j/7 :

Par téléphone :

- Depuis la France : 0825 827 600 (N°INDIGO, 0,15 euro TTC/mn, tarif au 01/01/2015)
- Depuis l'étranger, N° indicatif international + 33 1 53 26 25 25

Par internet : <http://www.civis.fr>. Vous pouvez dialoguer par « chat » avec un juriste par l'intermédiaire d'un « Web Call Center ».

ASSISTANCE JURIDIQUE

• OBJET DE VOTRE GARANTIE

Nous mettons à votre disposition les moyens juridiques et financiers qui vous sont nécessaires pour vous renseigner, vous assister et vous défendre en cas de litige garanti afin de faire valoir vos droits et les faire exécuter.

• QUAND INTERVENONS NOUS ?

Quand un litige vous oppose à un tiers dans les domaines suivants, que ce litige relève d'un tribunal de la République française ou d'un autre État :

- **Droit de la consommation** : en cas de litige découlant de l'achat, la location, le financement, la propriété ou la vente de biens mobiliers et de services destinés à votre usage privatif.
- **Droit des transports** : en cas de litige découlant du transport de vos biens mobiliers destinés à un usage privatif et de vos effets personnels (déménagement, transport de bagages, ...).
- **Droit immobilier** : en cas de litige vous opposant en votre qualité de locataire à votre bailleur à propos de votre habitation dans votre État d'expatriation : en ce qui concerne les expatriés depuis la France vers un autre État, en cas de litige se rapportant à votre habitation en France : mise en location durant votre expatriation, copropriété, voisinage, travaux d'entretien ou de réparation, assurance, ...
- **Droit social** : en cas de litige vous opposant en votre qualité de salarié à votre employeur à propos de la conclusion, de l'exécution ou de la cessation de votre contrat de travail,
- **Droit pénal** : pour vous défendre en cas de procédure pénale (audition, garde à vue, mise en examen ou poursuite devant une juridiction répressive), lorsque l'intervention d'un avocat est rendue nécessaire par la procédure du pays concerné, ainsi qu'en assurant l'avance d'une caution pénale en cas de nécessité.
- **Droit administratif** : en cas de litige vous opposant à votre État d'expatriation en matière administrative (réglementation, litige avec une administration, litige douanier, ...) hors litige de nature fiscale.

Quand un litige vous oppose à l'administration fiscale de la République française en matière de Droit fiscal : impôt sur le revenu des personnes physiques, taxe sur la valeur ajoutée relative à des biens ou services destinés à un usage privatif, ...

• NOUS N'INTERVENONS PAS

- Lorsque l'événement préjudiciable, ou l'acte répréhensible, à l'origine du litige est porté à votre connaissance avant votre adhésion au contrat souscrit par l'ASFE, ou après la cessation de votre adhésion.
- Lorsque votre demande est juridiquement insoutenable, prescrite ou lorsque son enjeu est inférieur au seuil d'intervention, fixé à 200 €/250 \$,
- Lorsque le litige découle de votre responsabilité civile quand elle couverte par un contrat d'assurances,

- Lorsque le litige découle :

- de l'expression par vous d'opinions politiques, syndicales ou religieuses,
- de la protection de vos brevets, titres de propriété industrielle ou droits d'auteur,
- de votre qualité de donneur d'aval, de caution ou cessionnaire de droits,
- de la protection de vos brevets, titres de propriété industrielle ou droits d'auteur,
- de poursuites pénales, mesure d'instruction ou réclamation diligentée à votre encontre, dans l'espace de l'Union Economique Européenne pour un crime ou pour un délit impliquant la volonté de causer un dommage, ou pour rixe ou injure,
- de l'exercice d'une activité professionnelle non salariée, en ce qui concerne vos rapports avec l'administration fiscale en France ou l'administration de l'État d'expatriation, - de l'application du livre I du Code Civil (divorce, filiation, nationalité...) ainsi que des régimes matrimoniaux, successions et donations entre vifs,
- de la guerre civile ou étrangère,
- de l'application du présent contrat.

• EN CAS DE SURVENANCE D'UN LITIGE

Dans le cadre de cette garantie, vous bénéficiez des prestations de juristes qui interviendront dans les conditions suivantes :

• DÉCLARATION DE VOTRE LITIGE

Dès que vous avez connaissance d'un litige, vous devez solliciter notre intervention en nous contactant **par téléphone ou via notre site Internet**. Vous nous communiquerez ultérieurement si nécessaire toutes informations, pièces permettant l'instruction du litige et la recherche de sa solution amiable.

Cette déclaration devra nous parvenir avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'avocat, d'huissier ou d'expert sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées.

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, la déchéance de garantie est encourue.

• GESTION DE VOTRE LITIGE

Nous nous engageons à rechercher une solution amiable à votre litige le plus rapidement possible.

À cette fin, des juristes vous renseigneront dans un premier temps sur vos droits et ensuite mettront en oeuvre, avec votre accord, toutes interventions, démarches, pourparlers, tendant à aboutir à l'issue amiable de votre litige :

- **Pour les litiges ne nécessitant pas de procédure judiciaire et pour lesquels votre situation spécifique d'expatrié ne nous permet pas de vous fournir les renseignements sollicités**, nous organisons et prenons en charge une consultation par un avocat.

- Vous pourrez ainsi rencontrer un avocat de votre choix, et sur demande écrite de votre part, nous pourrions vous mettre en relation avec un avocat correspondant ou recommandé par les services consulaires.
- Cette possibilité de consulter un avocat vous est ouverte à raison de deux consultations au plus par année d'assurance, dans la limite de 450 €/560 \$ TTC par consultation au titre des honoraires et frais de l'avocat.

- Pour les autres litiges, et seulement dans le ressort de l'Union européenne, si vous êtes informé que le tiers est assisté à l'amiable d'un avocat, ou si nous en sommes nous-mêmes informés, **vous devrez également être assisté d'un avocat. Nous vous proposerons de le choisir, et nous pourrions à votre demande écrite vous mettre en relation avec l'un de nos avocats habituels.** Nous réglerons directement les honoraires et frais de cet avocat, dans la limite de 450 euros / 550 dollars TTC par litige au titre de cette phase amiable.

- **Si votre litige entre en phase judiciaire devant un tribunal français ou étranger, ou en cas de conflit d'intérêts**, nous vous proposerons de saisir un avocat de votre choix, et sur demande écrite de votre part, nous pourrions vous mettre en relation avec un avocat correspondant ou recommandé par les services consulaires.

Vous aurez, avec notre assistance si vous le souhaitez, la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure. Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir notre accord préalable sur la prise en charge des frais et honoraires liés aux actions ou voies de recours que vous entendrez exercer afin de nous permettre au travers de la communication de toutes pièces utiles d'en examiner le bien fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

Il vous appartiendra de votre côté de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

Nous réglerons directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués dans le tableau ci-après concernant l'avocat intervenant pour votre compte, et tous autres frais nécessaires à la solution du litige.

Cette garantie vous est accordée dans la limite de deux litiges par année d'assurance, l'ensemble de nos règlements par litige ne pouvant excéder 5000 €/6 250 \$ TTC, le montant de l'éventuelle consultation précédemment effectuée et afférente au même litige s'imputant sur ce montant.

Les sommes allouées au titre des frais et dépens ainsi que des frais irrépétibles seront affectées prioritairement aux frais que vous auriez personnellement exposés. Au-delà de vos propres frais, nous serons subrogés dans vos droits et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par nos soins.

CE QUE NOUS RÉGLERONS À L'AVOCAT INTERVENANT POUR VOTRE COMPTE		CE QUE NOUS NE RÉGLERONS PAS
Consultation	450 €/550 \$	<ul style="list-style-type: none"> - Les amendes et les sommes de toute nature que vous seriez dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) tiers. - Les frais et dépens engagés par le (les) tiers et mis à votre charge. - Les honoraires de résultat. - Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés de votre seul fait. - Les enquêtes pour identifier ou retrouver le (les) tiers. - Les frais engagés sans notre accord.
Assistance au stade amiable (en cas d'assistance du tiers par un avocat)	450 €/550 \$	
Commission administrative, Juge de proximité (au pénal), Tribunal de Police (1 ^{er} à 4 ^e classe), Médiation pénale, Tribunal de Police (5 ^e classe), Correctionnel, référé	450 €/550 \$	
Constitution de partie civile	380 €/475 \$	
Liquidation des intérêts civils	460 €/575 \$	
Autres procédures	450 €/550 \$	
Assistance à expertise, mesure d'instruction	245 €/305 \$	
Tribunal d'Instance, Juge de proximité (au civil) Tribunal des Affaires Sociales, Tribunal de Grande Instance, de Commerce, Administratif	800 €/1000 \$	
Conseil de Prud'hommes		
- Conciliation	305 €/380 \$	
- Bureau de jugement	580 €/725 \$	
- Juge départiteur	380 €/475 \$	
Cour d'Appel		
- Défense en matière pénale	580 €/725 \$	
- autre	800 €/1000 \$	
Cour de Cassation, Conseil d'État		
- pourvoi en défense	1500 €/1900 \$	
- pourvoi en demande	2000 €/2500 \$	
- Cour d'Assises	1525 €/1900 \$	
Transaction au stade judiciaire:		
- sans rédaction d'un procès-verbal	50% du plafond prévu pour la juridiction concernée	
- avec rédaction d'un procès-verbal	100% du plafond prévu pour la juridiction concernée	
<p>Ces montants incluent, outre les honoraires, la TVA, ainsi que les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal de Grande Instance).</p> <p>Ils n'incluent pas les frais d'actes d'huissiers de justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le Tribunal de Commerce.</p> <p>Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est à dire lorsqu'un avocat succède, à votre demande, à un autre avocat pour la défense de vos intérêts, ou si vous faites le choix de plusieurs avocats.</p> <p>Si le litige relève d'une juridiction étrangère, le montant applicable est celui de la juridiction française équivalente, et à défaut, celui du niveau de juridiction concerné.</p>		

• **ARBITRAGE EN CAS DE DÉSACCORD:**

- Si notre désaccord est lié à notre refus de prendre en charge une procédure que vous souhaitez engager, et que nous estimons non fondée dans le cadre des dispositions prévues au § EN CAS DE PROCEDURE, vous pourrez:
 - soit exercer à vos frais l'action contestée par nous, après nous en avoir informé par écrit.
- Si vous obtenez une décision définitive favorable à vos intérêts, nous vous rembourserons sur justificatifs et selon les termes de la garantie, les frais et honoraires que vous aurez exposés et dont le montant n'aura pas été mis à la charge du (des) tiers.

- soit demander la mise en oeuvre d'une procédure d'arbitrage selon les modalités prévues ci-dessous
- **Si notre désaccord est lié aux mesures à prendre pour régler le litige :**
 - cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne, arbitre désigné d'un commun accord parmi les professionnels habilités à donner du conseil juridique (notaires, avocats, professeur de faculté, ...) ou, à défaut d'accord, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Nous prendrons en charge les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté, dans la limite de 800 €/1000 \$ TTC.
 - Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque vous avez mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.
- **Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle proposée par nous-même ou la tierce personne arbitre,** nous vous indemnisons des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie.

CAUTION PÉNALE

En cas de procédure vous impliquant et exigeant la constitution d'une caution pénale, nous ferons parvenir **à titre d'avance** la caution pénale, **dans la limite de 16 000 €/20 000 \$**. Pour les procédures à l'étranger, notre envoi interviendra auprès d'un intermédiaire identifié par le Consulat de France et expressément mandaté par vos soins. Ce mandat devra nous parvenir par télécopie ou par e-mail accompagné du montant de la somme (chiffres et lettres) par le biais d'une antenne diplomatique française dans le pays dans lequel vous séjournez.

Notre versement **à titre d'avance** interviendra selon les modalités suivantes :

En cas d'urgence, dans un délai de 24h00 à compter de la date de la demande, nous adresserons la somme de 8000 €/10000 \$ par transfert de fonds sous forme de cash, et le complément, soit 8000 €/10000 \$ par virement international dans un délai de 5 jours à compter de la demande, auprès de l'intermédiaire désigné ci-dessus.

Ou bien par virement international, la somme de 16 000 €/20 000 \$ auprès de cet intermédiaire dans un délai de 5 jours à compter de la demande.

Ces prestations s'exécuteront sous réserve de la législation du contrôle des changes du pays dans lequel vous séjournez.

LEXIQUE

Conflit d'intérêts : Lorsque nous devons simultanément défendre vos intérêts et ceux du (des) tiers.

Déchéance : Perte du droit à la garantie.

Dépens : Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Expatrié : Toute personne résidant en dehors de son pays d'origine et adhérente de l'ASFE, souscripteur du contrat.

Frais irrépétibles : Sommes exposées par une partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L 8.1 du Code des Tribunaux Administratifs et des Cours Administratives d'Appel.

Juridiquement insoutenable : Caractère non défendable de votre position ou de votre litige au regard de la loi et de la jurisprudence en vigueur.

Impatrié : Toute personne ne bénéficiant pas de la nationalité française, résidant en France, non assujettie à la sécurité sociale ou à un régime assimilé, et adhérente de l'ASFE, souscripteur du contrat.

Litige : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible vous opposant à un (des) tiers et vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à vous défendre devant toute juridiction.

Nous : Le GIE CIVIS agissant pour le compte de l'assureur

GIE CIVIS 90 avenue de Flandre 75019 PARIS

Tél. : 01.53.26.25.25 - Fax : 01.53.26.36.34

Seuil d'intervention : Enjeu financier du litige en principal en dessous duquel nous n'intervenons pas et dont le montant est fixé à 200 €/250 \$.

Tiers : Personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui vous est opposée.

Vous : L'Assuré, c'est-à-dire l'Adhérent de l'association ASFE souscripteur du contrat, en sa qualité d'expatrié ou d'impatrié, son conjoint ou assimilé non séparé de corps ou de fait et les enfants à leur charge au sens fiscal du terme.

9.2 / LES SERVICES ET ASSISTANCES APPORTÉS AUX EXPATRIÉS ET AUX IMPATRIÉS

En cas de perte, de vol ou d'altération technique des moyens de paiement :

1 L'avance d'espèces

Cette avance de fonds pourra se faire dans un délai de 3h00 7j/7 de 10h00 à 17h00 heures françaises pour une somme maximale de 800 €/1000 \$ dans la limite de deux avances par an.

2 La réservation et/ou le paiement sous forme d'avance des nuitées d'hôtels à travers le monde.

Cette réservation ou le paiement à titre d'avance des nuitées d'hôtels se fera par l'intermédiaire du réseau ACCOR, notre partenaire dans ces prestations hôtelières. Pour les autres hôtels, nous nous chargerons de la prise en charge de

la facture auprès de l'hôtel dont vous nous précisez les coordonnées. Cette avance interviendra pour une somme maximale de 800 €/1000 \$ dans la limite de deux avances par an.

- 3 La réservation ou le paiement sous forme d'avance de billets d'avions pour aider à la poursuite du voyage. Cette réservation ou le paiement des billets d'avion à titre d'avance se fera par l'intermédiaire du réseau AIR France. Cette avance se fera sur la base d'un billet en classe économique pour une somme maximale de 800 €/1000 \$ dans la limite de deux avances par an.

En toutes circonstances:

- 4 L'acheminement par des coursiers internationaux en fonction des délais d'urgence impartis (Chronopost/UPS/Federal Express/Jet Service/coursier agréé du GIE CIVIS) des éléments suivants:

- documents administratifs
- billets d'avions,
- voyageurs chèques
- médicaments,
- palets bruts des verres correctifs.

Nous nous engageons, dans le cadre de cette garantie, à vous faire parvenir par tous moyens ces éléments dès lors qu'ils présentent un caractère indispensable et n'ont pu être acheminés par le jeu des garanties souscrites dans le cadre de vos contrats d'assistance.

- 5 L'accompagnement des enfants de - 6 ans et des personnes dépendantes voyageant seuls.

Dans le cadre d'un transport aérien entre le pays d'expatriation et la France (expatrié) ou entre la France et votre pays d'origine (impatrié), nous nous chargerons de faire appel à un réseau d'accompagnateurs pour vos enfants de - 6 ans et les personnes dépendantes à votre charge au sens fiscal du terme, sous réserve d'une demande formulée 72h00 au moins à l'avance auprès du numéro d'appel unique, des disponibilités en places d'avions aux dates choisies et des délais d'acheminement.

A ce titre, nous prenons en charge une fois par an le prix du billet d'avion d'un accompagnateur. Au delà de cette garantie annuelle, l'accompagnement donnera lieu à la facturation d'un billet d'avion A/R en classe économique

- 6 En matière de transport aérien et en cas de surbooking, nous nous engageons à rechercher à votre attention des solutions alternatives auprès d'autres transporteurs et à vous avancer le montant des frais induits par cette situation de surbooking (hotellerie, transports annexes,...) à hauteur de 800 €/1000 \$.

- 7 Les prestations d'avance d'espèces seront exécutées sous réserve de la législation du contrôle des changes du pays dans lequel vous séjournez. Vous en assurerez le remboursement dans un délai de deux mois à compter de leur exécution.

- 8 En cas de besoin de travaux d'amélioration et/ou de rénovation de votre habitation privative en France métropolitaine: service de mise en relation avec un (ou plusieurs) artisan(s) du bâtiment et de contrôle du (des) devis établi(s) par cet (ces) artisan(s):

OBJET DU SERVICE

Nous intervenons afin de vous délivrer téléphoniquement la prestation suivante, lorsque vous souhaitez faire réaliser des travaux d'amélioration et/ou de rénovation de votre habitation privative, située en France métropolitaine, travaux faisant appel au(x) corps d'état suivant(s): plâtrerie - peinture - revêtement de sol, menuiserie (PVC, bois, aluminium), serrurerie, miroiterie, électricité, plomberie - chauffage):

- identification avec vous des travaux que vous entendez faire réaliser, et du (des) corps d'état requis par les dits travaux,
- mise en relation avec une entreprise du bâtiment requise en fonction des travaux visés par le client (ou les entreprises, si plusieurs sont requises),
- contrôle du devis de l'entreprise, ou des devis, par corps d'état, obtenu(s), avec retour auprès de vous afin de vous faire part de nos observations éventuelles.

Cette prestation intervient uniquement téléphoniquement, à distance, sans visite des lieux par nous -même ni suivi de travaux. La commande, le suivi et le règlement des travaux vous incombent. La réalisation des travaux, les travaux et leurs conséquences, y compris la conformité des installations, relèvent de la seule responsabilité de (des) l'entreprise(s) qui en a (ont) la charge, nous n'encourons pas de responsabilité de ce fait.

DÉLAI DE TRAITEMENT

La communication des coordonnées de l'entreprise du bâtiment et la mise en relation interviennent en temps réel ou bien dans le cadre d'un rendez-vous téléphonique avec vous, au plus tard 24h00 après votre appel (jour ouvré).

Le contrôle de devis et le retour téléphonique auprès de vous interviennent dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de la réception du devis par nos services.

9.3 / EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de réclamation portant sur la mise en oeuvre de votre contrat ou sur la qualité du service, vous pourrez vous adresser à notre Service Qualité qui veillera à vous répondre dans les meilleurs délais:

GIE CIVIS QUALITY DEPARTMENT — 90 AVENUE DE FLANDRE — 75019 PARIS.

Sur simple demande de votre part et si votre réclamation persiste après la réponse de notre Service Qualité, les modalités d'accès au médiateur vous seront précisées si vous souhaitez recueillir son avis.

10 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALE / RAPATRIEMENT, EN OPTION

Police n°58662558 souscrite par ASFE auprès d'Europ Assistance.

IMPORTANT

Avant de prendre toute initiative ou engager toute dépense en cas d'assistance rapatriement, contactez sans attendre Europ Assistance, 24h/24 afin d'obtenir un accord préalable :

- Par téléphone au + 33 1 41 85 84 46 Par fax au +33 1 41 85 85 71
- Par e-mail: service-medical@europ-assistance.fr

Et communiquez-leur :

- Vos noms & prénoms.
- Le nom de votre contrat : ASFE.
- Le numéro de téléphone d'où vous appelez ou à quel endroit vous pouvez être joint.
- Le nom, le lieu et le numéro de téléphone de la structure médicale où vous vous trouvez ainsi que le nom du médecin qui vous a pris en charge.

10.1 / QUELQUES CONSEILS...

AVANT DE PARTIR À L'ÉTRANGER

- 1 Vérifiez que votre contrat vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre expatriation.
- 2 Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace Economique Européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de maladie ou d'accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.
- 3 Pour bénéficier de la prestation « Avance sur frais d'hospitalisation », vous devrez produire à nos services une attestation de votre assurance couvrant les frais de santé.
- 4 Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et renseignez-vous sur les conditions de transport de ceux-ci en fonction de vos moyens de transport et de votre destination.
- 5 Dans la mesure où nous ne pouvons nous substituer aux secours d'urgence, nous vous conseillons, particulièrement si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque, ou si vous vous déplacez dans une zone isolée, de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- 6 En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- 7 De même, en cas de perte ou de vol de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément

SUR PLACE

Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

IMPORTANT

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement les Dispositions Générales du contrat et plus particulièrement l'article 5 p.87.

Votre contrat ASFE ASSISTANCE se compose des 2 éléments suivants :

- les présentes Dispositions Générales : elles ont pour objet de définir les conditions et modalités d'application des prestations d'assistance et des garanties d'assurance ainsi que les exclusions y afférentes, à l'égard des Assurés bénéficiaires du contrat ASFE ASSISTANCE souscrit pour leur compte par le Souscripteur,
- les Dispositions Particulières : elles retracent les éléments déclarés par le Souscripteur, les garanties et les zones souscrites ainsi que les montants de garanties applicables aux Assurés.

Pour en connaître le détail, renseignez vous auprès du Souscripteur qui est en charge de vous communiquer ces informations.

Afin de pouvoir être mises en œuvre, les prestations et les garanties décrites ci-après doivent avoir été souscrites et indiquées aux Dispositions Particulières.

10.2 / GÉNÉRALITÉS

OBJET DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales du contrat d'assurance et d'assistance ASFE ASSISTANCE conclu entre EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, et l'ASSOCIATION OF SERVICES FOR EXPATRIATES(ASFE), ont pour objet de faire bénéficier les Assurés répondant aux conditions de garantie des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance souscrites pour leur compte par le Souscripteur du présent contrat.

DÉFINITIONS

• DÉFINITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET GARANTIES D'ASSURANCE

Au sens du présent contrat, on entend par :

Accident (de la personne) : Un événement soudain et fortuit atteignant l'Assuré, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Agression : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne assurée, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale, d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.

Assuré ou bénéficiaire (vous) : Les adhérents de l'ASFE ayant souscrit l'option « Assistance/rapatriement ». Dans le présent contrat, les Assurés sont également désignés par le terme « Vous ».

Assureur/Assisteur : Dans le présent contrat, la société Europ Assistance est désignée sous le terme « Nous ». Les garanties d'assurance et prestations d'assistance sont garanties et mises en œuvre par Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social est sis 1 promenade de la bonnette – 92230 GENNEVILLIERS

Attentat : Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous voyagez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur, et faisant l'objet d'une médiatisation.

Cet Attentat devra être recensé par le Ministère des Affaires étrangères et européennes français.

Catastrophe naturelle : Phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays de survenance.

Déplacement : Tous vos déplacements, dans et hors votre Pays d'expatriation, ne dépassant pas 12 mois consécutifs.

Domicile : Est considéré comme Domicile votre lieu principal et habituel d'habitation figurant comme domicile sur votre avis d'imposition sur le revenu avant votre date de départ en expatriation. Il est situé dans l'un des pays du Monde entier.

Les assurés doivent obligatoirement résider hors de leur pays de Domicile pendant la période de validité du contrat.

Étranger : Le terme Étranger signifie les pays qui sont hors de votre Pays de Domicile.

Évènement : Toute situation prévue par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'intervention auprès de l'Assureur/Assisteur.

France : Le terme France signifie France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Franchise : Partie du montant des frais restant à votre charge

Hospitalisation : Toute admission d'un Assuré justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

Lieu de résidence : Est considéré comme Lieu de résidence, votre lieu d'habitation principal et habituel, situé dans votre Pays de résidence.

Maladie : Etat pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Membre de la famille : Par Membre de la famille, on entend le conjoint, le pacsé ou le concubin notoire vivant sous le même toit, l'(les) enfant(s) légitime(s), naturel(s) ou adopté(s) de l'Assuré, un frère ou une sœur, le père, la mère, un des beaux parents.

Pays de résidence : Est considéré comme Pays de résidence, le pays d'expatriation où vous avez votre résidence principale et habituelle.

Pays d'origine : Est considéré comme Pays d'origine celui dont vous êtes ressortissant figurant sur votre pièce d'identité, ou le pays de résidence habituel précédent le départ à l'étranger du Bénéficiaire tel que déclaré sur le certificat d'adhésion au présent contrat pour lequel le Bénéficiaire détient un passeport.

Sinistre dans le Lieu de résidence : Incendie, cambriolage ou dégât des eaux survenu, en votre absence, dans votre Lieu de résidence alors que vous êtes en Déplacement, et justifié par les documents prévus dans le cadre de la prestation « RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE SINISTRE SURVENU DANS VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE LORS D'UN DÉPLACEMENT ».

Souscripteur : Par Souscripteur, on entend l'ASFE pour le compte de ses adhérents Assurés du présent Contrat.

DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSURANCE

Accident grave : Un événement soudain et fortuit atteignant toute personne physique, non intentionnel de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

Dompage matériel : Toute détérioration ou destruction accidentelle d'un bien.

Dompage corporel : Toute atteinte corporelle (blessure, décès) subie involontairement par une personne physique.

Dompage immatériel consécutif : Tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien, de la perte d'un bénéfice et qui est la conséquence d'un dommage corporel ou matériel garanti.

Evènement collectif : Un seul et même évènement trouvant son origine dans une même cause (même lieu, même date) donnant lieu à un cumul de sinistres pour les Assurés d'un même Souscripteur.

Sinistre : On entend par Sinistre tout événement à caractère aléatoire, de nature à engager la garantie du présent contrat pour un Assuré.

Usure : Dépréciation de la valeur d'un bien causée par l'usage, ou ses conditions d'entretien, au jour du Sinistre.

Vétusté : Dépréciation de la valeur d'un bien causée par le temps au jour du Sinistre.

QUELLE EST LA NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS ?

Les prestations d'assistance et les garanties d'assurance du contrat s'appliquent à tout séjour à l'Etranger dans le cadre de déplacements professionnels ou déplacements privés, d'une durée minimum de 6 mois, à tacite reconduction, pendant la période de couverture du Bénéficiaire.

Il appartient au Souscripteur de vérifier que les Assurés répondent aux conditions d'adhésion définies aux présentes Dispositions Générales.

QUELLE EST LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les prestations d'assistance et les garanties d'assurance décrites s'appliquent dans la zone de couverture choisie par l'Assuré.

CONDITIONS D'INTERVENTION

Nous mettons en œuvre tous les moyens possibles et nécessaires afin de vous porter assistance où que vous vous trouviez dans la zone définie aux Dispositions Particulières et conformément aux termes des présentes Dispositions Générales.

Il ne nous sera toutefois possible d'intervenir qu'aux conditions suivantes :

- qu'il ne soit pas porté atteinte à la libre circulation des personnes et des biens, que ce soit par voie terrestre, maritime, ou aérienne, et pour quelque cause que ce soit, notamment, à la suite d'une décision ou recommandation des autorités locales, nationales ou internationales, ou de la survenance d'une Catastrophe naturelle ou d'une situation de guerre,
- qu'à minima l'aéroport international le plus proche du lieu où vous vous trouvez soit ouvert,
- que la sécurité des personnes qui exécuteront les prestations d'assistance soit assurée, étant entendu qu'il n'est pas de notre ressort d'effectuer des opérations à caractère militaire.

COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

• VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tout problème relevant de leurs compétences.

En tout état de cause, notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tout intervenant auquel nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Afin de nous permettre d'intervenir :

1 Nous vous recommandons de préparer votre appel.

2 Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat.

3 Vous devez impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone en France: 01 41 85 84 46 (depuis l'étranger le 33 1 41 85 84 46),
- mail: service-medical@europ-assistance.fr
- télécopie: 01 41 85 85 71 (33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).
- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,

- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

• **QUELLES SONT LES CONDITIONS D'APPLICATION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET DES GARANTIES D'ASSURANCE**
Nous nous réservons le droit de demander tous les justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande d'assistance ou d'assurance (certificat de décès, justificatif du lien de parenté, justificatif de l'âge des parents, justificatif de Domicile ou de Lieu de résidence, justificatif de dépenses, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf votre nom, votre adresse et les personnes composant votre foyer fiscal).

S'agissant de la prestation « AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION », la production de certains documents et justificatifs sera exigée préalablement à toute avance.

Nous intervenons à la condition expresse que l'Événement qui nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment de la souscription et au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, ou une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Dans le cas où EUROP ASSISTANCE serait amenée à déclencher une intervention faute d'élément de vérification, du fait d'éléments insuffisants ou suite à des éléments erronés au regard des informations devant être fournies à EUROP ASSISTANCE, les frais d'intervention ainsi engagés par EUROP ASSISTANCE seront refacturés au Souscripteur et payables à réception de la facture, à charge pour le Souscripteur s'il le souhaite, de récupérer le montant auprès du demandeur de l'assistance si ce dernier n'est pas l'Assuré.

• **VOUS SOUHAITEZ DÉCLARER UN SINISTRE COUVERT AU TITRE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE**

Dans les 2 jours ouvrés, à partir du moment où vous avez connaissance du Sinistre pour les garanties ayant pour origine un vol, et dans les 5 jours dans tous les autres cas, vous ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer le Sinistre à :

EUROP ASSISTANCE
Service Indemnisations
1, promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers cedex
Fax: 01 41 85 85 61 / E-mail: slv@europ-assistance.fr

Ou en ligne sur notre site: <https://sinistre.europ-assistance.fr/>

• **CUMUL DE GARANTIES**

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, vous devez nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (L121-4 Code des Assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

• **FAUSSES DÉCLARATIONS**

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, de la part du Souscripteur ou de la vôtre, portant sur les éléments constitutifs du risque, entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu au Code des Assurances à l'article L 113-8,
- toute omission ou déclaration inexacte, de la part du Souscripteur ou de la vôtre, dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113-9.

• **DÉCHÉANCE DE PRESTATION ET DE GARANTIE POUR DÉCLARATION FRAUDULEUSE**

En cas de Sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance (prévues aux présentes Dispositions Générales), si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexactes ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance et garanties d'assurance, prévues aux présentes Dispositions Générales, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du contrat, vous vous engagez soit à nous réserver le droit d'utiliser le(s) titre(s) de transport que vous détenez, soit à nous rembourser les montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de votre (vos) titre(s) de transport.

10.3 / DESCRIPTION DE NOS PRESTATIONS ET GARANTIES

ARTICLE 1.A - PRESTATIONS D'ASSISTANCE

• ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE

PROLONGATION DE SÉJOUR DE L'ASSURÉ OU D'UN ACCOMPAGNANT ASSURÉ

Si au cours d'un Déplacement, vous êtes hospitalisé(e) et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que cette Hospitalisation est nécessaire au-delà de votre date initiale de retour sur votre Lieu de résidence, nous prenons en charge les frais d'hébergement d'un accompagnant assuré, **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros / 1 900 dollars**, afin qu'il reste auprès de vous jusqu'à ce que vous soyez en état de revenir dans votre Lieu de résidence.

Si au cours d'un Déplacement, vous êtes Immobilisé et dans l'obligation de prolonger votre séjour sur place et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre état de santé ne nécessite pas votre Hospitalisation, nous prenons en charge vos frais de prolongation de séjour **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros / 1 900 dollars**.

Notre prise en charge cesse à compter du jour où nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que vous êtes en mesure de rentrer dans votre pays de Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « PRÉSENCE HOSPITALISATION ».

RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT ASSURÉ

Lorsque vous êtes rapatrié(e) par nos soins, selon avis de notre Service Médical, nous organisons le transport d'une personne assurée qui se déplaçait avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour.

Ce transport se fera :

- soit avec vous,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de cette personne assurée, par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « PRÉSENCE HOSPITALISATION ».

PRÉSENCE HOSPITALISATION

Lorsque vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Accident et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 5 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis votre pays de Domicile ou votre Pays d'expatriation par train 1^{re} classe ou par avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne (chambre et petit-déjeuner), **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros / 1 900 dollars**.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT ASSURÉ » et PROLONGATION DE SÉJOUR DE L'ASSURÉ OU D'UN ACCOMPAGNANT ASSURÉ ».

ACCOMPAGNEMENT DE VOS ENFANTS

Lorsque, malade ou blessé(e), vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants assurés de moins de 18 ans vivant avec vous, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour par train 1^{re} classe ou avion classe économique depuis votre Pays d'expatriation ou depuis votre pays de Domicile, d'une personne de votre choix ou d'une hôtesse afin de ramener vos enfants jusqu'à votre Lieu de résidence dans votre Pays d'expatriation ou au domicile d'une personne désignée par vous dans votre pays de Domicile choisi par vous par train 1^{re} classe ou par avion classe économique. Les billets des enfants restent à votre charge.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne (chambre et petit-déjeuner), **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et pour 2 nuits maximum**.

RETOUR ANTICIPÉ EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

Vous apprenez l'hospitalisation grave et imprévue pour une durée minimum de 5 jours d'un Membre de votre famille survenue dans votre Pays d'expatriation ou dans votre pays de Domicile.

Afin que vous vous rendiez au chevet de la personne hospitalisée dans votre Pays d'expatriation ou dans votre pays de Domicile, nous organisons votre voyage aller-retour, (dans la limite d'un seul billet aller-retour par personne assurée).

A défaut de présentation de justificatifs (bulletin d'hospitalisation, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours suivant l'hospitalisation, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

La date d'admission à l'hôpital de ce Membre de votre famille doit être postérieure à votre date de départ ou en expatriation.

RETOUR SUR LE LIEU DE RÉSIDENCE

Vous avez été transporté(e) dans les conditions définies au chapitre « ÉVACUATION MÉDICALE » p. 57 de ce guide. Lorsque votre état de santé vous permet de voyager seul(e) dans les conditions normales de transport en plein accord avec les médecins traitants et notre équipe médicale, nous organisons et prenons en charge votre retour, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, vers votre Lieu de résidence.

Le retour devra être effectué dans les 2 mois qui suivent la date du transport/rapatriement.

SECOND AVIS MÉDICAL

Vous êtes, durant votre expatriation, confronté(e) à un problème de santé susceptible de nécessiter une prise en charge médicale et/ou chirurgicale spécialisée.

A la suite d'une première consultation, vous souhaitez avoir un 2^e avis médical.

Notre service d'assistance se tient à votre disposition pour vous aider à organiser une seconde consultation spécialisée dans votre Pays d'expatriation (ou dans un pays proche).

Il est entendu que, tant en ce qui concerne le bilan pré-expatriation que le second avis médical, le choix du praticien et la décision finale vous appartient; vous restez libre de suivre ou non l'avis proposé par le praticien consulté.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'Accident (y compris à bord d'un véhicule), d'Aggression ou de tentative d'Aggression, de décès d'un Membre de votre famille, d'Attentat ou de Catastrophe naturelle, entraînant un traumatisme psychologique, nous mettons à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

L'(les) entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté(e) suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du Code de Déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

Il est précisé que ces entretiens téléphoniques ne se déroulent qu'en langue française et que le coût des communications téléphoniques reste à votre charge.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'Etat choisi par vous parmi 3 noms de praticiens que nous vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous après vous avoir proposé le choix entre plusieurs praticiens proches de votre Domicile, situé en France.

Le choix du praticien appartient à vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

Il est précisé que ces rendez-vous ne peuvent avoir lieu qu'en France, pendant la période de validité du contrat.

AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION

Si nécessaire et après accord préalable auprès de l'ASFE, EUROP ASSISTANCE procède à l'avance des frais d'hospitalisation ou à un règlement direct au centre hospitalier à l'étranger, à concurrence des garanties souscrites par l'Assuré auprès de l'ASFE.

Les sommes avancées par EUROP ASSISTANCE, au nom et pour le compte de l'ASFE, seront refacturées à l'ASFE, conformément aux dispositions de la procédure « Avance des frais d'hospitalisation » précisées p.88 du présent Contrat.

• ASSISTANCE AU RETOUR AU DOMICILE APRES RAPATRIEMENT (FRANCE UNIQUEMENT)

GARDE D'ENFANTS

En cas d'immobilisation à votre Domicile de plus de 8 jours et/ou d'Hospitalisation de plus de 8 jours, nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes:

- Soit la garde de l'enfant malade de moins de 18 ans à son Domicile à concurrence de 20 heures maximum par une personne compétente recherchée par nous. La personne que nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum;

- Soit la prise en charge d'un déplacement aller/retour de vos enfants pour se rendre chez un de vos proches désigné par l'Assuré, résidant en France métropolitaine. Ils seront accompagnés par une hôtesse mandatée par nos services.

AIDE-MÉNAGÈRE

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère, pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile, soit dès votre retour de l'hôpital, soit dès la date de votre Hospitalisation, soit durant votre immobilisation au Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 10 heures, réparties à votre convenance pendant le mois qui suit la date de votre Hospitalisation ou de votre retour à Domicile ou pendant votre immobilisation au domicile (minimum de 2 heures à la fois).

À défaut de la présentation des justificatifs (attestation d'hospitalisation, certificat médical), nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

GARDE D'ANIMAUX

Nous organisons le transport de vos animaux de compagnie (chien ou chat) jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France et à moins de 50 km de votre lieu d'Hospitalisation.

Nous prenons en charge le transport de vos animaux ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de **garde à concurrence de 155 euros / 195 dollars** pendant la durée de votre séjour à l'hôpital ou pendant votre immobilisation au Domicile.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, caution éventuelle, etc.).

Cette prestation ne peut être fournie que si vous, ou une personne autorisée par vous, peut accueillir le prestataire choisi afin de lui confier les animaux.

CONFORT HOSPITALIER

Si vous êtes hospitalisé(e) dans les conditions visées ci-dessus, nous prenons en charge les frais de location d'un **téléviseur à concurrence de 80 euros / 100 dollars** pour la durée de votre séjour à l'hôpital.

• ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

TRANSPORT DE CORPS ET FRAIS DE CERCUIL EN CAS DE DÉCÈS D'UN ASSURÉ

L'Assuré décède: nous organisons et prenons en charge le transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques dans son pays de Domicile.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais. De plus, nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, **à concurrence de 2 000 euros / 2 500 dollars**, et sur présentation de la facture originale.

Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation, crémation, concession) restent à la charge de la famille. L'organisation des obsèques incombe aux membres de la famille.

RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT ASSURÉ

Nous organisons, le cas échéant, et prenons en charge le retour d'un accompagnant assuré jusqu'au lieu des obsèques par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

RECONNAISSANCE DE CORPS ET FORMALITÉS DE DÉCÈS

Si l'Assuré décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence de 2 Membres de sa famille ou de 2 proches est nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu du décès, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1^{re} classe ou avion classe économique de ces 2 personnes depuis le Pays de résidence ou depuis le pays de Domicile de l'Assuré défunt, jusqu'au lieu du décès ainsi que leurs frais d'hébergement, **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et par personne et pour 2 nuits maximum**.

RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

Vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille survenu dans votre Pays d'expatriation ou dans votre pays de Domicile. Afin que vous puissiez assister aux obsèques du défunt dans votre Pays d'expatriation ou dans votre pays de Domicile, nous organisons votre voyage aller-retour et prenons en charge le(s) billet(s) de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique jusque dans votre Pays d'expatriation ou dans votre pays de Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours suivant le décès, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour votre retour.

• ASSISTANCE VOYAGE

RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE SINISTRE SURVENU DANS VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE

Au cours d'un Déplacement, vous apprenez la survenance d'un Sinistre dans votre Lieu de résidence et que votre présence sur place est indispensable pour y effectuer des démarches administratives. Nous organisons et prenons en charge votre voyage retour, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, du lieu de séjour jusqu'à votre Lieu de résidence.

A défaut de présentation de justificatifs (déclaration de sinistre auprès de l'assureur, rapport d'expertise, procès-verbal de plainte, etc.) dans un délai maximal de 30 jours suivant le sinistre, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est étendue au Local professionnel dans le cas où l'Assuré en Déplacement est le dirigeant de l'entreprise.

RETOUR ANTICIPÉ OU TRANSPORT VERS UNE ZONE SÉCURISÉE EN CAS D'ATTENTAT

Pendant votre Déplacement, survient un Attentat dans un rayon maximal de 100 km autour du lieu où vous séjournez. Si vous souhaitez écourter votre Déplacement, nous organisons et prenons en charge votre voyage par train 1^{re} classe ou avion classe économique du lieu de votre Déplacement, soit jusqu'à votre Domicile, soit jusqu'à une zone sécurisée, si les conditions d'accueil et de sécurité y sont jugées satisfaisantes. La demande de retour anticipé au Domicile doit être formulée dans un délai maximal de 72 heures suivant l'Attentat.

Si vous optez pour le transport vers une zone sécurisée, nous organisons et prenons aussi en charge votre voyage retour sur votre lieu d'expatriation lorsque ce dernier est redevenu plus sûr, sous réserve que cette demande soit mise en œuvre dans un délai maximal de 8 jours suivant l'Attentat.

Par zone sécurisée, on entend la partie du territoire définie par les autorités du pays où vous effectuez votre séjour ou définie par les services diplomatiques de votre pays de Domicile, située dans un rayon de 100 km autour du lieu où vous séjournez.

RETOUR ANTICIPÉ OU TRANSPORT VERS UNE ZONE SÉCURISÉE EN CAS DE CATASTROPHE NATURELLE

Pendant votre Déplacement, survient une Catastrophe naturelle à l'endroit où vous vous trouvez. Vous n'êtes pas blessé(e), mais vous souhaitez écourter votre Déplacement. Nous organisons et prenons en charge votre voyage par train 1^{re} classe ou avion classe économique du lieu de votre Déplacement soit jusqu'à votre Domicile, soit jusqu'à une zone sécurisée, si les conditions d'accueil et de sécurité y sont jugées satisfaisantes. La demande de retour anticipé doit être formulée dans un délai maximal de 72 heures suivant la survenance de la Catastrophe naturelle.

Si vous optez pour le transport vers une zone sécurisée, nous organisons et prenons aussi en charge votre voyage retour sur votre lieu de Déplacement lorsque ce dernier est redevenu plus sûr, sous réserve que cette demande soit mise en œuvre dans un délai maximal de 15 jours suivant la Catastrophe naturelle.

Par zone sécurisée, on entend la partie du territoire définie par les autorités du pays où vous êtes en Déplacement ou définie par les services diplomatiques de votre pays de Domicile, située dans un rayon de 100 km autour du lieu où vous séjournez.

TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Au cours de votre expatriation, si vous êtes dans l'impossibilité de contacter une personne qui se trouve dans votre pays de Domicile, nous transmettons, à l'heure et au jour que vous avez choisis, le message que vous nous aurez communiqué par téléphone.

IMPORTANT

Ce service ne permet pas l'usage du PCV. Le contenu de vos messages, ne saurait, par ailleurs, en aucun cas engager notre responsabilité, et reste soumis à la législation française, notamment pénale et administrative. Le non-respect de cette législation peut entraîner le refus de communiquer le message.

ENVOI DE MÉDICAMENTS A L'ÉTRANGER

Vous êtes dans votre Pays d'expatriation ou en Déplacement à l'Étranger et vos médicaments indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption vous fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour votre santé, sont perdus ou volés, nous recherchons des médicaments équivalents sur place, et dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra vous les prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à votre charge.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, nous organisons à partir de la France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il vous a remise et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments que vous vous engagez à nous rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que nous utilisons. Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

ASSISTANCE EN CAS DE VOL, PERTE OU DESTRUCTION DE VOS DOCUMENTS D'IDENTITÉ OU DE VOS MOYENS DE PAIEMENT

Informations sur les démarches

Vous perdez ou vous vous faites voler vos documents d'identité. Tous les jours, de 8 h 00 à 19 h 30 (heures françaises) sauf les dimanches et les jours fériés, sur simple appel vers notre service « Informations », nous vous informons quant aux démarches à accomplir (dépôt de plainte, renouvellement des documents d'identité, etc.).

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31/12/71. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas nous vous orienterons vers des organismes ou catégories de professionnels susceptibles de vous répondre. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables ni de l'interprétation ni de l'utilisation que vous pourrez faire des informations communiquées.

Mise à disposition de fonds

En cas de perte ou de vol de vos moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales, nous vous faisons parvenir, une avance de fonds **jusqu'à concurrence de 2 300 euros / 2880 dollars** afin que vous puissiez faire face à vos dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes:

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
- soit du versement par votre établissement bancaire de la somme correspondante.

Vous signerez un reçu lors de la remise des fonds.

Prolongation de séjour

Lors d'un Déplacement, vous perdez ou vous vous faites voler vos documents d'identité et vous êtes dans l'impossibilité de quitter le territoire du pays où vous vous trouvez à la date initiale de retour. Nous prenons en charge vos frais d'hébergement, jusqu'à la date à laquelle vous obtenez la délivrance de nouveaux documents d'identité et dans tous les cas, **à concurrence de 150 euros / 190 dollars par nuit et pour un montant maximum de 1 500 euros / 1 900 dollars.**

Par frais d'hébergement, on entend ici les frais d'hôtel consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion des frais de restauration et de boissons. Vous devrez joindre à votre demande les justificatifs originaux relatifs aux frais d'hébergement réellement engagés ainsi que la déclaration de perte ou le dépôt de plainte en cas de vol.

INFORMATIONS VOYAGE ²

(Tous les jours de 8h00 à 19h30, heures françaises, sauf dimanches et jours fériés)

Prestation délivrée uniquement en langue française

À votre demande, nous pouvons vous fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments, etc.),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, etc.),
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avion, etc.),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture, etc.).

² Cette prestation est également accessible avant votre départ en expatriation.

INFORMATIONS SANTÉ

Ce service est conçu pour vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à vous orienter dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut vous être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, nous vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que vous nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

ASSISTANCE EN CAS DE MODIFICATION DE VOYAGE

Lors d'un Déplacement, un événement imprévu suivant : grève, détournement d'avion, accident ou maladie ne nécessitant pas votre transport/rapatriement, modifie le déroulement de votre déplacement. Nous pouvons, à votre demande, et selon vos instructions, faire procéder à des changements de vos réservations d'avion(s) et d'hôtel(s).

Les frais de modification ou les frais supplémentaires engagés à votre demande restent à votre charge.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS EN MER, EN MONTAGNE ET DANS LE DÉSERT

Nous prenons en charge les frais de recherche et de secours en mer, en montagne (y compris ski hors-piste) et dans le désert engagés pour vous localiser à la suite d'un événement survenu au cours de votre Déplacement, à concurrence de **15 000 euros / 18 750 dollars**.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas nous ne serons tenus à l'organisation des secours.

Vous, ou vos ayants droits, devez nous faire parvenir :

- la déclaration de sinistre circonstanciée,
- la facture acquittée émise par l'organisme ayant procédé à l'intervention, et mentionnant la date, la nature et les motifs de l'intervention,
- le certificat médical, le constat des autorités de police, ou le certificat de décès suivant le cas.

ACCÈS À «123CLASSEZ» ABONNEMENT CLASSIC (SERVICE DE COFFRE-FORT ÉLECTRONIQUE D'EUROP ASSISTANCE)

Vous ne pouvez bénéficier du service «123Classez» version «CLASSIC» proposé par EUROP ASSISTANCE, qu'à la condition que votre contrat soit en cours de validité et que vous adhérez à ce service dans les conditions prévues ci-après. EUROP ASSISTANCE vous offre ce service à titre gratuit.

Pour accéder à ce service, vous devez vous munir du code partenaire qu'EUROP ASSISTANCE vous aura préalablement communiqué, afin de pouvoir procéder à votre inscription en ligne sur le site Internet www.123classez.com/classic et souscrire aux Conditions Générales d'Utilisation accessibles sur le site. Vous disposerez ensuite d'un compte d'utilisateur accessible sur ce site, vous permettant d'archiver, de consulter et de gérer vos documents pendant toute la durée de votre abonnement.

Le service «123Classez» version CLASSIC est rendu aux conditions et limites exposées aux Conditions Générales d'Utilisation de l'abonnement «CLASSIC», disponibles sur le site.

Vous êtes informé(e) que l'archivage électronique de vos documents ne saurait se substituer à la conservation du document original sous format papier, qui possède une valeur probatoire supérieure aux documents copiés et dont la production pourrait s'avérer nécessaire. En conséquence, vous reconnaissez que le service «123Classez» version CLASSIC n'a pas vocation à vous permettre de détruire vos documents papier.

ARTICLE 1.B - CE QUE NOUS EXCLUONS

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les exclusions générales figurant p. 87, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce,

- même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « ÉVACUATION MÉDICALE » p.57 de ce guide pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences, et les frais en découlant,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'hospitalisation, les frais médicaux (consultations, pharmacie, autres actes), les soins dentaires,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant,
- les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,
- les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer,
- l'organisation des recherches et secours des personnes dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane.

ARTICLE 2.A – ASSURANCE BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS

• CE QUE NOUS GARANTISSONS

DISPARITION ET/OU DÉTÉRIORATION ACCIDENTELLE DES BAGAGES, OBJETS ET EFFETS PERSONNELS

Dans le cadre de votre expatriation, nous garantissons, à concurrence de 2 000 euros / 2 500 dollars, vos bagages, objets et effets personnels, que vous avez emporté avec vous lors de votre expatriation, contre :

- le vol,
- la destruction totale ou partielle,
- la perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport.

Limitation de remboursement pour certains objets

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, portables informatiques, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50% du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties. En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.

Si vous utilisez une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert. Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7h00 et 22h00 (heures locales).

RETARD DE LIVRAISON DE BAGAGES

Dans le cadre de votre expatriation, dans le cas où vos bagages personnels enregistrés auprès de la compagnie qui vous a transporté, ne vous seraient pas remis à l'aéroport de destination de votre voyage aller et s'ils vous sont restitués avec plus de 12 heures de retard, vous percevrez une indemnité forfaitaire de 300 euros / 380 dollars, afin de participer au remboursement des frais que vous avez engagés lors de l'achat d'effets de première nécessité.

Cette indemnité ne se cumule pas avec la garantie principale de 2 000 euros / 2 500 dollars.

VOL DE VOS PIÈCES D'IDENTITÉ

Dans le cadre de votre expatriation, dans le cas où vos passeports, carte d'identité (ou de séjour), carte grise ou permis de conduire, vous auraient été volés pendant votre Mission, nous vous remboursons les frais de reconstitution de ces documents, sur présentation des justificatifs, à concurrence de 150 euros / 190 dollars.

• CE QUE NOUS EXCLUONS

Outre les exclusions générales figurant p. 87, sont exclus :

- le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes,
- l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,

- le vol sans effraction dûment constaté et verbalisé par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.),
- le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,
- les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages,
- la confiscation des biens par les autorités (douane, police),
- les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,
- le vol commis dans une voiture décapotable et/ou break ou autre véhicule ne comportant pas un coffre; la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule,
- les collections, échantillons professionnels,
- le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, titre de transport et cartes de crédit,
- le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,
- le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,
- les objets désignés ci-après: toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact,
- les clés de toute sorte (sauf celles du Domicile), les documents enregistrés sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel (autre que les portables informatiques), les téléphones portables, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre expatriation.

• **POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?**

Le montant indiqué au **Tableau des Montants de Garanties** constitue le maximum de remboursement pour tous les Sinistres survenus pendant la période de garantie.

Une Franchise (uniquement pour les dommages aux bagages: valises, sacs, etc.) de **25 euros / 32 dollars** sera retenue par Sinistre.

• **COMMENT VOTRE INDEMNITÉ EST-ELLE CALCULÉE ?**

Vous serez indemnisé(e) sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Vétusté, Usure et Franchise déduites. En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances.

• **QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE ?**

Votre déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

- le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte,
- les bulletins de réserve auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque vos bagages ou objets se sont égarés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur,
- le ticket d'enregistrement du bagage livré avec retard par la compagnie de transport et le justificatif de la livraison tardive.

En cas de non présentation de ces documents nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous. Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels vous demandez indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

Vous êtes tenu(e) de justifier, par tout moyen en votre pouvoir et par tout document en votre possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages. Pour les matériels professionnels, notamment les portables informatiques, il pourra être demandé à la société dont vous dépendez d'attester de la valeur et du transport de ces éléments avec vous lors de votre départ.

Si vous avez parallèlement effectué une demande d'indemnisation auprès du transporteur, vous devez nous en aviser lors de la déclaration de sinistre.

Déchéance de garantie pour déclaration frauduleuse :

Si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit à indemnité.

• **QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS RECUPEREZ TOUT OU PARTIE DES OBJETS VOLES COUVERTS PAR UNE GARANTIE BAGAGES ?**

Vous devez nous en aviser immédiatement par lettre recommandée dès que vous en êtes informé(e).

Si nous ne vous avons pas encore réglé l'indemnité, vous devrez reprendre possession des objets, nous ne serons alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.

Si nous vous avons déjà indemnisé, vous pouvez opter dans un délai de 15 jours :

- soit pour le délaissement,
- soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité que vous avez reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.

Si vous n'avez pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons que vous optez pour le délaissement.

ARTICLE 2.B - ASSURANCE INCIDENT DE VOYAGE

• CE QUE NOUS GARANTISSONS

Cette garantie est valable sur :

- les vols réguliers des compagnies aériennes aller/ ou retour dont les horaires sont publiés,
- les vols charters aller et/ou retour dont les horaires sont indiqués sur le billet d'avion aller.

Suite à un retard à l'arrivée de l'avion de l'Assuré de plus de 4 heures, par rapport à l'heure initialement prévue et entraînant une rupture de correspondance, nous vous indemnisons à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

Pour le calcul de l'indemnité, les heures de retard du vol aller ne s'additionnent pas avec les heures de retard du vol retour, elles ne concernent qu'un trajet simple. Cependant, la garantie peut jouer sur le vol aller et sur le vol retour, si pour chaque trajet le retard est supérieur à 4 heures et entraîne une rupture de correspondance. La garantie prend effet à la date et l'heure indiquées sur le billet d'avion et expire dès l'arrivée à l'aéroport de destination

Cette garantie ne s'applique pas si vous êtes transférée sur une autre compagnie dans les horaires initialement prévus.

• CE QUE NOUS EXCLUONS

- la guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, grèves, actes de terrorisme, prise d'otage ou de sabotage, manifestation quelconque de la radioactivité, tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant dans le pays de départ, de transfert et de destination,
- tout événement mettant en péril la sécurité de votre voyage dès lors que votre destination est déconseillée par le Ministère des Affaires étrangères français,
- une décision des autorités aéroportuaires, des autorités de l'aviation civile ou de toute autre autorité en ayant fait l'annonce 24 heures avant la date de départ de votre voyage,
- les événements survenus entre la date de réservation de votre voyage et la date de souscription du présent contrat,
- le manquement du vol sur lequel votre réservation était confirmée quelle qu'en soit la raison,
- la non-admission à bord consécutive au non-respect de l'heure limite d'enregistrement des bagages et/ou présentation à l'embarquement.

• QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Vous devez :

- compléter et/ou faire tamponner une déclaration de retard auprès d'une personne compétente de la compagnie aérienne sur laquelle vous voyagez ou auprès d'une personne compétente de l'aéroport,
- nous transmettre, dès votre retour et au plus tard dans les 156 jours suivants, la déclaration de retard dûment complétée, la photocopie de votre billet d'avion, la facture d'achat du billet garanti et le talon de la carte d'embarquement.

10.4 / CADRE DU CONTRAT

Le présent contrat est soumis à la loi française.

ARTICLE 1 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

Le contrat prend effet à la date portée aux Dispositions Particulières, laquelle ne peut être antérieure à la date de souscription.

Sauf convention contraire mentionnée aux Dispositions Particulières, le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de la date d'effet portée aux Dispositions Particulières. A son expiration, il est tacitement reconduit d'année en année, sauf dénonciation par l'Assureur ou par le Souscripteur dans les conditions prévues aux Dispositions Particulières.

ARTICLE 2 - CESSATION DES GARANTIES

Vos garanties cessent :

- le jour où vous cessez de faire partie du groupe assurable dans la mesure où vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion (cf. définition Assuré),
- en cas de non paiement des cotisations par le Souscripteur,
- à la date de résiliation du contrat conclu entre le Souscripteur et nous,

Dès lors que le contrat se trouve résilié ou suspendu, il ne peut être maintenu dans ses effets pour les Assurés.

ARTICLE 3 - QUELLES SONT LES LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES ÉVÈNEMENTS ASSIMILÉS ?

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'évènements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,

- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc., nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

ARTICLE 4 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « ÉVACUATION MÉDICALE » p. 57) au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

ARTICLE 5 - QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ?

Les exclusions générales du contrat sont les exclusions communes à l'ensemble des prestations d'assistance et garanties d'assurance décrites aux présentes Dispositions Générales.

Sont exclus :

- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,
- la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- sauf dérogation contractuelle (prestations « RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE CATASTROPHE NATURELLE »), un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la loi N 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles (pour les garanties d'assurance),
- les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- tout acte intentionnel de votre part pouvant entraîner la garantie du contrat.

ARTICLE 6 - COMMENT SONT EXPERTISÉS LES DOMMAGES MATÉRIELS COUVERTS PAR LES GARANTIES D'ASSURANCE ?

Si les dommages ne peuvent être déterminés de gré à gré, ils sont évalués par la voie d'une expertise amiable et obligatoire, sous réserve de nos droits respectifs.

Chacun de nous choisit son expert. Si ces experts ne sont pas d'accord entre eux, ils font appel à un 3^e et tous les 3 opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'un de nous de nommer un expert ou par les 2 experts de s'entendre sur le choix d'un 3^e, la nomination est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit. Cette nomination est faite sur simple requête signée au moins par l'un d'entre nous, celui n'ayant pas signé est convoqué à l'expertise par lettre recommandée. Chacun prend à sa charge les frais et honoraires de son expert et le cas échéant, la moitié de ceux du 3^e.

ARTICLE 7 - GARANTIES D'ASSURANCE : DANS QUELS DÉLAIS SEREZ-VOUS INDEMNISÉ(E) ?

Concernant les garanties d'assurance, le règlement interviendra dans un délai de 5 jours à partir de l'accord qui interviendra entre nous ou de la décision judiciaire exécutoire.

ARTICLE 8 - SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de nos garanties d'assurance et/ou prestations d'assistance, nous sommes subrogés dans les droits et actions que vous pouvez avoir contre les tiers responsables du Sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des Assurances.

Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

ARTICLE 9 - QUELS SONT LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION ?

Conformément aux dispositions de l'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 fautive 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. »

Conformément à l'article L114-2 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 accusé 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 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. »

ARTICLE 10 - RÉCLAMATIONS

EUROP ASSISTANCE élit domicile à l'adresse de son siège social.

En cas de réclamation ou de litige, vous pourrez Vous adresser au service « Remontée Clients » d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

ARTICLE 11 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - A.C.P.R. - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 12 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE. EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine des présentes prestations d'assistance et des garanties d'assurance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à : EUROP ASSISTANCE FRANCE, Service « Remontée Clients », 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex. Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant, est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Assurés sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces enregistrements seront conservés pendant une durée de 2 mois. Les Assurés pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

10.5 / PROCÉDURE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR LA PRESTATION « AVANCE DES FRAIS D'HOSPITALISATION » AVEC ASSISTANCE

BÉNÉFICIAIRE:

Tout adhérent ayant souscrit au présent contrat.

LE GESTIONNAIRE:

MSH International

ASFE Prise en charge ASFE Gestion

82, rue Villeneuve

92587 CLICHY Cedex - France

Tél.: +33 (0)1 44 20 48 07

Fax: +33 (0)1 44 20 48 79

E-mail: admin europe@asfe-expat.com

L'ASSISTEUR:

EUROP ASSISTANCE

1 promenade de la bonnette

92633 GENNEVILLIERS

Tél.: +33 (0)1 41 85 84 46

Fax: +33 (0)1 41 85 85 71

PROCÉDURE OPÉRATIONNELLE ENTRE LES PARTIES

1/ LE BÉNÉFICIAIRE

Le Bénéficiaire contacte EUROP ASSISTANCE, au 01 41 85 84 46 pour demander une entente préalable concernant l'avance des frais d'hospitalisation (minimum une nuit d'Hospitalisation). Il doit indiquer les noms et coordonnées complètes de l'établissement de soins et si possible sa date d'entrée.

2/ EUROP ASSISTANCE

Pour toutes les demandes d'avance sur frais d'hospitalisation couplées à une assistance, EUROP ASSISTANCE adresse systématiquement à l'ASFE, par mail à l'adresse : admin europe@asfe-expat.com ou par télécopie au +33 (0) 1 44 20 48 79, l'imprimé d'entente préalable dûment renseigné.

Toute demande d'entente préalable est valable pour une durée de 10 jours. Une nouvelle entente préalable devra être formulée passé ce délai.

Par ailleurs, un nouvel accord doit être obtenu pour toute nouvelle entrée d'un Bénéficiaire dans un autre service ou un autre centre hospitalier, ou lors de toute modification de pathologie.

3/ MSH INTERNATIONAL / ASFE PRISE EN CHARGE

Dès réception de ces informations, MSH International / ASFE Prise en charge communique à EUROP ASSISTANCE son accord ainsi que le montant de prise en charge accordé en lui retournant par télécopie au 01 41 85 85 71, l'imprimé d'entente préalable dûment complété.

En tout état de cause cet accord n'est valable que pour une durée de 10 jours et devra être validé systématiquement après expiration de ce délai.

Dans le cas où l'accord auprès de MSH International / ASFE Prise en charge ne pourrait être effectué étant donné le caractère d'urgence de la demande, MSH International / ASFE Prise en charge mandate EUROP ASSISTANCE d'engager en son nom et pour son compte les avances nécessaires, sous réserve du contrôle ultérieur des droits au service du demandeur.

4/ EUROP ASSISTANCE

EUROP ASSISTANCE peut alors régler la facture des soins dans la limite des garanties définies par MSH International / ASFE Prise en charge.

Les factures réglées par EUROP ASSISTANCE sont intégralement refacturées et transmises à MSH International / ASFE Prise en charge comme suit:

- une facture par dossier,

- factures originales de frais médicaux jointes avec la mention « payé / paid » sans le cachet d'EUROP ASSISTANCE.

5/ MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES AVANCES SUR FRAIS D'HOSPITALISATION

MSH International / ASFE Prise en charge s'engage à rembourser EUROP ASSISTANCE des avances sur frais d'Hospitalisation effectuées en son nom et pour son compte dans un délai de 1 mois, à réception de la facture correspondante. Le taux de change appliqué pour la facturation des frais médicaux sera celui du jour du paiement de l'hôpital.

10.6 / TABLEAUX DES MONTANTS DE GARANTIES

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	MONTANTS MAX. TTC PAR PERSONNE, VALABLES POUR LA DURÉE DU CONTRAT
<p>ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations médicales et recommandations d'urgence (hôpitaux, cliniques...) - Contact médical - Prolongation de Séjour de l'Assuré ou d'un accompagnant assuré - Retour d'un accompagnant assuré <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence Hospitalisation - Accompagnement des enfants de moins de 18 ans: <ul style="list-style-type: none"> • Organisation et prise en charge du voyage d'un proche ou d'une hôtesse • Hébergement - Retour sur le Lieu de résidence (dans les 2 mois suivant le rapatriement) - Retour anticipé en cas d'Hospitalisation d'un membre de votre famille - Second avis médical - Soutien psychologique en cas d' Accident, Agression ou tentative d'agression, décès d'un membre de la famille, Attentat ou Catastrophe naturelle 	<p>Informations</p> <p>Mise en relation avec le médecin sur place</p> <p>Hôtel 150 €/190 \$ par nuit (max.1 500 €/1 900 \$)</p> <p>Billet retour</p> <p>Billet AR + 150 €/190 \$ par nuit (max.1 500 €/1 900 \$)</p> <p>Billet A/R</p> <p>Hôtel 150 €/190 \$ par nuit (max.2 nuits)</p> <p>Billet retour</p> <p>Billet A/R (max 1 par an par Assuré)</p> <p>Aide à l'organisation</p> <p>3 entretiens téléphoniques</p>
<p>ASSISTANCE AU RETOUR AU DOMICILE APRÈS RAPATRIEMENT (France)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garde d'enfants - Aide-ménagère - Garde des animaux de compagnie (chiens/chats) - Confort hospitalier: location de télévision 	<p>Billets A/R</p> <p>10 heures</p> <p>Transport + hébergement de 155 €/195 \$</p> <p>80 €/100 \$</p>
<p>AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION</p>	<p>Dans la limite du plan de santé souscrit auprès de l'ASFE</p>
<p>ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transport de corps - Frais de cercueil ou d'urne - Reconnaissance de corps et formalités décès - Retour anticipé en cas de décès d'un membre de votre famille - Retour d'un accompagnant assuré 	<p>Frais réels</p> <p>2 000 €/2 500 \$</p> <p>2 billets AR et hôtel 150 €/190 \$ par nuit par personne (max 2 nuits)</p> <p>Billet A/R</p> <p>Billet retour</p>
<p>ASSISTANCE VOYAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retour anticipé en cas de Sinistre dans le Lieu de résidence - Retour anticipé ou transport en zone sécurisée en cas d'Attentat - Retour anticipé ou transport en zone sécurisée en cas de Catastrophe Naturelle - Transmission de messages urgents - Envoi de médicaments - Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiement : <ul style="list-style-type: none"> • Informations démarches administratives • Avance de fonds • Hébergement - Informations santé - Informations voyage - Assistance modification de voyage en cas d'imprévu - Frais de recherche et de secours en mer, en montagne et dans le désert - Accès 123 Classez, le service de coffre-fort d'Europ Assistance 	<p>Billet retour</p> <p>Billet retour ou A/R en zone sécurisée</p> <p>Billet retour ou A/R en zone sécurisée</p> <p>Frais d'envoi</p> <p>Informations</p> <p>2 300 €/2 880 \$</p> <p>150 €/190 \$ par nuit (max.1 500 €/1 900 \$)</p> <p>Informations</p> <p>Informations</p> <p>Organisation</p> <p>15 000 €/18 750 \$</p>
<p>LIMITATION GLOBALE DE GARANTIES AU TITRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'ATTENTAT ET D'ACTE DE TERRORISME</p>	<p>700 000 €/ 875 000 \$ événement pour l'ensemble des Assurés</p>
<p>BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vol, destruction totale ou partielle, perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport - Limitation pour certains objets (cf. Dispositions Générales) - <i>Franchise pour les dommages aux valises</i> - <i>Franchise applicable aux portables informatiques</i> - Indemnités pour retard de livraison des bagages - Frais de reconstitution des documents d'identité en cas de vol uniquement 	<p>2 000 €/2 500 \$</p> <p>50% du montant de la garantie</p> <p><i>25 €/32 \$ par Sinistre</i></p> <p>10%</p> <p>Indemnité forfaitaire de 300 €/380 \$</p> <p>150 €/190 \$</p>
<p>INCIDENT DE VOYAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard aérien entraînant une rupture de correspondance, pour des raisons techniques ou atmosphériques 	<p>Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 €/380 \$</p>



MSH INTERNATIONAL L'ASSURANCE SANTÉ. AVEC VOUS. PARTOUT. TOUJOURS.

VOS CONTACTS

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

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : contact@asfe-expat.com
- Site web : <http://www.asfe-expat.com>
- LinkedIn : MSH INTERNATIONAL