



EXPAT SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION
RÉGIME FRAIS DE SANTE – PREMIER EURO (EUR)

Numéro de contrat : G0424

Code Partenaire : 34C003

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT EXPAT SANTE

Régime Frais de santé
Premier EUR

G0424

Souscrit par APREVI

(Association de PREvoyance Internationale)

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2023

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat N°G0424 relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association souscriptrice « APREVI » auprès de l'Assureur dont les mentions légales respectives sont portées à la présente notice d'information.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.
3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 5 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement de l'attestation d'assurance et renonciation » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 1 « Objet de la notice d'information », de garantir aux Assurés le versement de prestations dans les conditions définies à la Section 3 « Les garanties et prestations » de la présente notice d'information.
6. Les exclusions sont mentionnées à la Section 4 « Risques et prestations exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat N°G0424 est valable jusqu'à la date indiquée dans la proposition tarifaire en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat N°G0424 s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 5 « Les cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de l'Association souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 3.5 « Renseignements - Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

Table des matières

Section 1 - Objet et base de la notice d'information	4
Section 2 - Les Assurés	7
Section 3 - Les garanties et prestations	9
Section 4 - Risques et prestations exclues	12
Section 5 - Les cotisations	13
Section 6 - Les définitions	13
Tableau des garanties	17

Section 1 - Objet et base de la notice d'information

1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association souscriptrice (APREVI) auprès de l'Assureur. Le contrat est souscrit auprès de MFPREVOYANCE, dénommé « Assureur », dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits.

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

Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes expatriées âgées de 18 à 75 ans, et le cas échéant les membres de leur famille (Ayants-droit), adhérentes de l'Association « APREVI », du remboursement de leurs frais médicaux reconnus par l'Assurance Maladie-Maternité de la Sécurité sociale française, conformément à la présente notice d'information.

2- Effet, durée, renouvellement de l'attestation d'assurance et renonciation

2.1 Adhésion

La demande d'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information se fait au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation incluant un questionnaire de santé validé par le Médecin conseil de l'Assureur. Ce document doit être rempli, daté et signé par le candidat à l'assurance. Un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé.

Ce bulletin individuel d'affiliation précise l'identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, le consentement de l'Adhérent à

l'assurance. Le candidat à l'assurance reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l'Adhérent et son Conjoint ou l'ensemble des Ayants-droit bénéficiant des garanties du contrat relatif à la présente notice d'information, le cas échéant.

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

L'adhésion à l'assurance est constatée par un certificat d'adhésion qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- les nom et prénom(s) de l'Adhérent,
- les noms et prénom(s) des Ayants-droit le cas échéant,
- la zone de couverture,
- la nature des garanties souscrites.

Toutefois, l'Assureur ou le cas échéant son Délégué de gestion, au vu des documents et renseignements reçus, peut préciser sur le certificat d'adhésion certaines exclusions ou un tarif révisé comparé à celui initialement proposé dans le devis. Le candidat à l'Assurance peut alors la refuser en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception du certificat d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi.

La renonciation prend effet le premier jour du mois civil suivant la notification de refus du candidat. A défaut de réponse dans les trente (30) jours, l'Assureur considère que l'Adhérent a accepté les nouvelles conditions proposées.

2.2 Date d'effet et renouvellement

Pour l'Adhérent, l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'Association souscriptrice au plus tard le 31 octobre précédent, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion peut également prendre fin dans l'un des cas suivants :

- **en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,**
- **à la date à laquelle l'Assuré n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,**
- **en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe relatif à la présente notice d'information,**

- suite à la dissolution de l'Association souscriptrice.

2.3 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

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

En cas de démarchage

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent : *"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation"*.

En cas de vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*). Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion. Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Modalités de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire de Crystal Mobility, 939 rue de la Croix Verte, 34090 Montpellier, France, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion. Il peut utiliser le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e).....(Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat N°G0424 que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion) et demande le remboursement du

versement que j'ai effectué, soit la somme de € [Montant en euros]. Le ... (Date et signature) ».

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

L'Assureur, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, procède alors au remboursement des cotisations versées **dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception**. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3- Dispositions complémentaires

3.1 Prescription

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec 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.

Article L.114-3 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil. Les causes ordinaires de prescription prévues par le code civil sont :

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

3.2 Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables du sinistre. Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

3.3 Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion précise les opérations relatives au contrat relatif à la présente notice d'information que l'Assureur délègue à **ExpaTPA, 142 rue de Rivoli, 75001 Paris, France**, en matière de déclaration, de gestion et recouvrement des cotisations et de gestion des prestations santé et d'établissements de statistiques.

3.4 Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Les Assurés et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits par courrier auprès de CNP Assurances pour MFPrévoyance : Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux ou par courriel dpo@cnp.fr. Ils peuvent également exercer leurs droits auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV : 62-68 rue Jeanne d'Arc 75013 Paris CEDEX ou dpo@groupe-vyv.fr ou dpo@vyv-ib.com. Lors de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent du droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France.

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

3.5 Renseignements - Réclamation - Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat, objet de la présente notice d'information, et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser à **Crystal Mobility, 939 rue de la Croix Verte, 34090 Montpellier, France** – ou par email: relation@crystal-mobility.com, dans les cas ci-dessous :

- Renseignements et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance

- Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations
- Renseignement et réclamation en cas de sinistre

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si la réponse ne satisfait pas l'attente des Adhérents, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à : **VYV International Benefits - Service Relations Clientèle, 3 square Max-Hymans 75015 Paris CEDEX**. Courriel : clients@vyv-ib.com.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Adhérent et ses Ayants-droit pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

3.6 Fausse déclaration

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE ENTRAINE LA NULLITE DU CONTRAT D'ASSURANCE (ART. L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES), QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

PAR APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES PAR LE CODE DES ASSURANCES :

- **TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES A L'ART. L. 113-8 DU CODE DES ASSURANCES : LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR, QUI A LE DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS ; L'ASSURE DOIT REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE SON CONTRAT.**
- **L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ASSURE DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE**

L'ASSURANCE (ART. L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).

- **SI L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ASSUREUR A LE DROIT DE MAINTENIR LE CONTRAT, MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE COTISATION ACCEPTEE PAR L'ASSURE, SOIT DE RESILIER LE CONTRAT (10) JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ASSURE PAR LETTRE RECOMMANDEE. L'ORGANISME ASSUREUR RESTITUE A CELUI-CI LA PORTION DE COTISATION PAYEE POUR LE TEMPS OU LA GARANTIE NE COURT PLUS (ART. L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).**
- **SI L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE N'EST CONSTATEE QU'APRES UN SINISTRE, LA REDUCTION DE VOS INDEMNITES DANS LE RAPPORT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).**

3.7 Clause de limitation

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

3.8 Compétence des tribunaux et langue du contrat

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

3.9 Autorité de contrôle

L'organisme de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09 – France.

Section 2 - Les Assurés

4- Adhérents

Peuvent adhérer au contrat relatif à la présente notice d'information les personnes expatriées adhérentes à l'Association Souscriptrice, âgées de 18 à 70 ans, vivant en dehors de leur pays d'origine, et leur(s) Ayant(s)-droit le cas échéant.

Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation incluant

un questionnaire de santé. Un examen médical complémentaire peut être demandé par l'Assureur et à ses frais (cf. article 2.1).

5- Conditions d'admission

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Les Adhérents, ainsi que leur(s) Ayant(s)-droit le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

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

6- Entrée en vigueur des garanties

Délais d'attente

Lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent, et le cas échéant leur(s) Ayant(s)-droit, qui prennent la qualité d'Assurés aux dates suivantes :

6.1 Personne affiliée lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date.

6.2 Personne affiliée postérieurement à la date d'effet du contrat : à sa date d'entrée dans la catégorie de personnes à assurer mentionnée sur le certificat d'adhésion.

6.3 Les garanties au profit des Ayants-droit de l'Adhérent définis à la Section 6, prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Assuré principal ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

6.4 Délais d'attente

La prise en charge des frais/dépenses de santé par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des Assurés à compter de la date d'affiliation et après l'expiration des délais de carence suivants :

- **Hospitalisation, Frais médicaux courants, Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux : 3 mois**
- **Optique, prothèses médicales prescrites, prothèses dentaires et orthodontie : 6 mois**
- **Psychiatrie et Fécondation in vitro : 12 mois**
- **Maternité : 9 mois**

Toutefois, les frais consécutifs à un Accident (voir la section 6 « Les définitions ») sont remboursables immédiatement.

Si l'Assuré peut justifier d'une couverture équivalente en vigueur moins d'un mois avant la date d'affiliation en produisant un certificat de radiation mentionnant le niveau

des prestations et la date de résiliation, les délais d'attente sont abrogés (sauf pour le poste Maternité)

Si, en cours de contrat, l'Adhérent demande à bénéficier d'une formule supérieure à celle qu'il avait choisie, les délais d'attente s'appliquent sur les augmentations de garanties.

6.5 Champ d'application territorial des garanties

Les frais médicaux sont remboursables uniquement dans la zone retenue par l'Adhérent et dans son pays d'origine lors de séjours temporaires, pour une durée totale n'excédant pas six (6) mois par an lorsque le pays d'origine est la France et trois (3) mois par an pour les autres pays d'origine :

Zone 1 : Monde entier sauf USA

Zone 2 : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse

Zone 3 : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour

Zone 4 : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Russie, Singapour, Union européenne, Afrique du Sud, Andorre, Australie, Liechtenstein, Islande, Monaco, Norvège, Nouvelle Zélande, Japon

LES USA NE SONT COUVERTS DANS AUCUNE DES ZONES DE COUVERTURES.

Toutefois, lors d'un séjour d'une durée de moins de 7 semaines dans un pays hors de la zone d'expatriation, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un Accident ou une Maladie inopinée présentant un caractère d'Urgence tel que ces termes sont définis dans la présente notice à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'Hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'Urgence et qu'elle intervienne dans les 24 heures.

Dans les autres cas, après accord exprès de l'Assureur.

6.6 Choix de formule

Le choix de la formule est effectué par l'Adhérent lors de l'affiliation. Ce dernier a le choix entre les formules suivantes : **Premium Economy, Business 90, Business 90+, Business 100, Business 100+, Première 90 et Première 100.**

Ce choix peut être modifié ultérieurement par l'Adhérent, la date d'effet du changement de formule étant reportée au 1er janvier suivant. **Le retour à un régime inférieur à celui choisi précédemment est irrévocable.**

Le choix d'une formule supérieure est soumis à l'acceptation par l'Assureur d'un nouveau questionnaire de santé pour l'Assuré et ses Ayants-droit éventuels, et à l'application des délais d'attente.

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

En ce qui concerne les adhésions groupées (Adhérents et Ayants-droit), le choix de la formule doit être identique pour chaque personne assurée.

7- Cessation ou suspension des garanties

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

Les garanties cessent en tout état de cause :

7.1.1 Pour chaque Adhérent :

- à l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle de son contrat d'assurance. Pour cela il doit dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance informer l'Assureur par l'intermédiaire de l'Association souscriptrice par lettre recommandée,
- en cas de fausse déclaration conformément à l'article 3.6 de la présente notice d'information,
- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées à laquelle le contrat, objet de la présente notice d'information, s'applique,
- en cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des assurances,
- à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- en cas de décès,
- en cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Assureur,
- au 31 décembre de l'année de ses 75 ans.

Pour les Ayants-droits, à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions visées à l'article 8.

7.1.2 Pour la totalité des Assurés :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance signé avec l'Association souscriptrice, objet de la présente notice d'information.

7.2 Les garanties au profit des Ayants-droit cessent (ou sont suspendues) en même temps que celles de l'Assuré.

La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne, tant pour l'Assuré que pour les Ayants-droit, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation, même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.

7.3 Maintien des garanties

En cas de retour définitif dans le Pays d'origine, les garanties sont maintenues pour l'Assuré et ses Ayants droit moyennant paiement de la cotisation et pour une durée maximale de trois (3) mois.

Le maintien cesse pour la personne couverte et Ayants-droit dans l'un des cas suivants :

- à la fin de la période de maintien de trois (3) mois,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle le bénéficiaire du maintien (l'Adhérent ou ses Ayants-droit) est couvert par un régime de sécurité sociale ou une assurance maladie privée,
- à la date du décès de l'Assuré.

La cessation du maintien entraîne, tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants-droit, l'annulation du droit aux prestations pour tous les soins et services médicaux fournis après la date de cessation de garantie, même s'ils ont commencé ou ont été prescrits avant cette date.

Section 3 - Les garanties et prestations

8- Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat, objet de la présente notice d'information :

- soit l'Adhérent seul,
- soit l'Adhérent et ses Ayants-droit.

Dans ce cas, peuvent être inscrits au contrat :

- **Le Conjoint**, c'est-à-dire l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement,
- Ou le Partenaire de PACS,
- Ou le Concubin déclaré de l'Adhérent.

On entend par « Concubin déclaré » la personne vivant avec l'Adhérent et remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Adhérent lors de son affiliation, avec production d'un certificat ou d'un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune depuis au moins six (6) mois.

Le certificat doit être en vigueur et légalement reconnu par une autorité compétente dans le pays de concubinage.

La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'affilié.

Une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que Bénéficiaire.

- **Les Enfants** non mariés de l'Assuré et/ou de son Conjoint (partenaire de PACS ou Concubin) :
 - s'ils sont âgés de moins de 20 ans, à condition qu'ils soient fiscalement à sa charge ;
 - âgés de 20 ans jusqu'au jour de son 26ème anniversaire, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un pays de la zone de couverture de l'Adhérent (une activité rémunérée est acceptée à la condition qu'elle n'excède pas trois (3) mois par an) ;
 - s'ils sont physiquement ou mentalement handicapés, quel que soit leur âge, (la preuve du handicap et de sa persistance devant être régulièrement fournies à l'Organisme assureur) et qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes : ne pas être salariés ou ne pas bénéficier des ressources propres du fait de leur travail, et être à la charge de l'Adhérent.

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire.

Si l'Adhérent ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation fiscale française.

Pour être considérés comme Assurés, les Ayants-droit doivent être inscrits sur le certificat d'adhésion. Les garanties cessent pour les Ayants-droit dès la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus et en tout état de cause à la même date que pour l'Adhérent. Tout changement de situation doit être porté à la connaissance de l'Organisme assureur, par l'intermédiaire du Délégué de gestion.

Les garanties sont dues au titre des actes, soins et séjours en Hospitalisation intervenus pendant la période durant laquelle le Bénéficiaire appartient à l'une des catégories susvisées.

9- Prestations garanties

9.1 Nature

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

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

Si l'un des Bénéficiaires de l'Assuré est couvert par un régime de Sécurité sociale français ou équivalent, des prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.

Si le Conjoint (ou Partenaire de PACS ou Concubin) est salarié, les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout régime Frais de Santé dont il pourrait bénéficier personnellement.

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

- L'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- L'hospitalisation et l'intervention chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie,
- Les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
- Le transport du malade en ambulance.

Le transport local d'urgence par ambulance est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, est requise, sauf en cas d'hospitalisation d'urgence telle que définie à la section 6.

9.1.3 Dans les autres cas, les garanties sont définies au tableau des garanties en annexe de la présente notice d'information.

9.2 Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnable et de l'habituel et selon les modalités et plafonds de garanties prévus dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le coût « **raisonnable et habituel** » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique. Le coût « raisonnable et habituel » d'un service

varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'Hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

Le montant des prestations est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels engagés et les prestations servies par tout organisme dont pourrait relever l'intéressé.

9.3 Téléconsultation médicale MédecinDirect

L'Assuré bénéficie de l'accès au service de consultation médicale à distance via la plateforme sécurisée MédecinDirect, accessible à tout moment par internet, application mobile et téléphone. Ce service a pour objet de permettre à l'Assuré et ses Ayants-droit de recevoir gratuitement des conseils médicaux et des consultations à distance pouvant donner lieu à une ordonnance.

Tous les médecins de la plateforme sont inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les modalités d'utilisation du service sont précisées dans la plaquette utilisateur valant notice d'information complémentaire.

9.4 Déclaration des sinistres

L'imprimé de déclaration est adressé à ExpaTPA, 142 rue de Rivoli, 75001 Paris, France - email : Contact@expaTPA.fr accompagné des pièces justificatives demandées par l'Assureur.

La déclaration est accompagnée des pièces justificatives demandées par l'Assureur. Aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est acceptée. Par exception, les copies scannées envoyées par Email sont autorisées pour toute facture dont le montant est inférieur à 500 EUR par facture, sous réserve que l'Assuré conserve les originaux. Dans ce cas, l'Assuré doit conserver les originaux pendant une durée de 24 mois à compter de la date de traitement. Pendant cette période, l'Assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

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

L'Adhérent qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires

de gestion dument remplis verra sa demande suspendue, sauf accord de l'Assureur.

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

9.5 Justificatifs à fournir

En cas de demande de prise en charge, l'Assuré fournit les documents suivants :

- En cas d'hospitalisation, les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires, bulletin d'hospitalisation),
- En cas de maladie, les prescriptions médicales et les factures détaillées,
- En cas d'accouchement à domicile, un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

Tout autre justificatif destiné à compléter le dossier peut être demandé. Le Délégué de gestion se réserve le droit de demander à tout Assuré ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. Le Délégué de gestion peut avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

10 - Accord préalable

Limitation aux frais réels

10.1 Accord préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu Urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- **Frais d'Hospitalisation (en établissement et à domicile)**
- **Frais d'accouchement,**
- **Les soins de rééducation physique immédiatement après une Hospitalisation**
- **L'IRM**
- **Les actes en série au-delà de 5 séances (auxiliaires médicaux)**
- **Les prothèses médicales prescrites et dentaires**
- **Les prothèses auditives**
- **L'orthodontie**
- **La Fécondation in vitro**

Sauf en cas d'Urgence (cf. Définitions), chaque admission en Hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins trois (3) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu. L'acceptation de l'Assureur est communiquée sous un délai de cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée et si par la suite le traitement s'avère Médicalement nécessaire, et dans ce cas seulement, l'Assureur ne remboursera alors que 80 % des dépenses hospitalières facturées sur la base d'un tarif raisonnable et habituel et 50 % du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursées.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'Urgence telle que définie à la présente notice d'information. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Assureur dans les **48 heures** en cas de force majeure telle que définie par la jurisprudence de la Cour de cassation. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

10.2 Limitation aux frais réels

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

Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n°90-769 du 30 Août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

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

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

Section 4 - Risques et prestations exclues

RISQUES EXCLUS

LES FRAIS ENGAGES NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR S'ILS RESULTENT DES FAITS SUIVANTS :

- **UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE GARANTIE, DE MUTILATIONS VOLONTAIRES OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE,**

- **LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE OU D'ACTES TERRORISTES, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, SAUF SI LA PERSONNE GARANTIE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT,**
- **TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAINER LA GARANTIE DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION ET TOUTE CONSEQUENCE D'UNE PROCEDURE PENALE DONT L'ASSURE FAIT L'OBJET,**
- **UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.**

PRESTATIONS EXCLUES

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE, SAUF SI EXPRESSEMENT COUVERT DANS LE TABLEAU DE GARANTIES :

- **TOUTE DEPENSE ENGAGEE AU TITRE DE TRAITEMENTS OU ACTES PRESCRITS ANTERIEUREMENT A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT OU PENDANT LES DELAIS DE CARENCE.**
- **TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE,**
- **LES ACTES SOUMIS A « ACCORD PREALABLE » POUR LESQUELS L'ACCORD N'AURAIT PAS ETE DEMANDE OU REFUSE,**
- **LES FRAIS MEDICAUX EFFECTUES DANS LA LISTE DES PAYS OU TERRITOIRES EXCLUS SAUF EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE INOPINEE DUMENT JUSTIFIES,**
- **LES FRAIS DE MEDECINE PREVENTIVE,**
- **LES TRAITEMENTS EXPERIMENTAUX,**
- **LES FRAIS D'HOTEL ET DE VOYAGE, MEME EN RAPPORT AVEC DES FRAIS MEDICAUX,**
- **LES CONSULTATIONS DE PSYCHOTHERAPIE PRESCRITES PAR UN PSYCHIATRE ET EXECUTEES PAR UN PSYCHOLOGUE POUR LA GARANTIE PREMIUM ECONOMY,**
- **LES FRAIS D'ORTHODONTIE SAUF POUR LES GARANTIES PREMIERE 90 ET PREMIERE 100,**
- **LES TRAITEMENTS RELATIFS A L'INFERTILITE/STERILITE SAUF POUR LES GARANTIES PREMIERE 90 ET PREMIERE 100,**
- **LES CURES DE DESINTOXICATION (ALCOOLISME OU ASSIMILES).**
- **LES CURES THERMALES.**
- **LES SOINS, L'ASSISTANCE ET LES FRAIS D'HEBERGEMENT DES PERSONNES DEPENDANTES.**
- **LES SOINS ET L'ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPEES.**

- ÉTABLISSEMENTS POUR ALCOOLIQUES OU TOXICOMANES (OU ÉTABLISSEMENTS ASSIMILES).
- LA KERATOTOMIE (CHIRURGIE REFRACTIVE AU LASER) SAUF POUR LES GARANTIES PREMIERE 90 ET PREMIERE 100,
- LES FRAIS NON JUSTIFIES MEDICALEMENT (NOTAMMENT : PRODUITS PHARMACEUTIQUES NON MEDICAMENTEUX, TRAITEMENTS ET CHIRURGIE A BUT ESTHETIQUE, CURES D'AMAIGRISSEMENT ET DE RAJEUNISSEMENT).
- LES FRAIS DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE.
- LES CONSEQUENCES D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE.
- LES CHAUSSURES ET SEMELLES ORTHOPEDIQUES.
- LES FRAIS RELATIFS A UNE HOSPITALISATION DANS LES ETABLISSEMENTS CI-APRES : MAISON DE CONVALESCENCE, MAISON DE REPOS (OU ETABLISSEMENTS ASSIMILES), SAUF CEUX SPECIFIES AU PARAGRAPHE CI-DESSUS.

Section 5 - Les cotisations

11- Calcul et règlement des cotisations

11.1 Montant des cotisations

La cotisation est déterminée par la tranche d'âge de chaque Assuré et la formule choisie. L'âge de l'Assuré retenu est celui atteint au 1er janvier précédant la date d'adhésion puis à chaque 1er janvier pour les années suivantes.

Ce montant sera révisé au renouvellement annuel effectif au 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge pris en compte.

L'enfant nouveau-né est couvert et bénéficie d'un mois de gratuité dès la naissance jusqu'à l'âge d'un (1) mois, à condition qu'il soit déclaré dans le mois qui suit sa naissance. Le maintien de cette couverture est ensuite soumis au paiement de la cotisation. Si la déclaration de l'enfant intervient après l'âge d'un (1) mois, l'adhésion de l'enfant sera soumise à un questionnaire médical.

11.2 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables d'avance en Euro (€) annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par l'Adhérent à l'Association souscriptrice selon les modalités définies par cette dernière.

Les éventuels taxes et frais déterminés par la législation en vigueur seront ajoutés au montant de la cotisation et devront être intégralement réglés par l'Adhérent.

Le montant de la cotisation est calculé *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation.

11.3 Révision et indexation annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, de l'examen des questionnaires de santé et des résultats du contrat.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Assureur, celle-ci doit être notifiée à l'Association souscriptrice trois (3) mois avant la date prévue pour le renouvellement.

L'Association souscriptrice est tenue d'informer l'Adhérent dans un délai de deux (2) mois avant leur entrée en vigueur.

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son certificat d'adhésion par lettre recommandée dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

11.4 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat, objet de la présente notice d'information.

Section 6 - Les définitions

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

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Adhérent : est le membre de l'Association Souscriptrice ayant adhéré au contrat, objet de la présente notice d'information, et acquittant sa cotisation.

Admission explicite à l'Hôpital :

- Pour un séjour de plus de 24 heures, l'admission explicite à l'Hôpital est le document formel émis par l'Hôpital ou tout centre prodiguant des soins hospitaliers à un patient qui se voit attribuer une chambre et des repas ainsi que des soins infirmiers continus à l'Hôpital au sein duquel le patient passe

au moins une nuit.

- Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient bénéficie de soins infirmiers et se voit attribuer un lit alors même qu'il ne passe pas la nuit à l'Hôpital.
- Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes non chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient est rentré à l'Hôpital pour moins de 24 heures pour suivre un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyses. Le patient a effectué son traitement à l'Hôpital et le quitte une fois celui-ci terminé.

Année d'assurance : période de couverture garantie par l'Assureur entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de la même année. En cas d'affiliation durant cette période, l'Adhérent est couvert à partir de la date d'affiliation jusqu'au 31 décembre de la même année..

Assuré : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, il s'agit de l'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants Droits inscrit au contrat.

Ayants-droit : la personne assurée à qui sont dues les prestations versées par l'Assureur au titre de ce contrat en cas de réalisation du risque.

Assureur : l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFP Révoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 4, promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) au titre du contrat, objet de la présente notice d'information.

Association souscriptrice : la personne morale qui signe le contrat, objet de la notice d'information, au bénéfice de ses Adhérents. Il s'agit de l'association APREVI régie par la loi du 1er Juillet 1901, dont le siège social est : 18 Place de la Madeleine 75008 Paris, France.

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

Bilan de santé : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies et doivent être passés à partir de l'âge de 35 ans. Ils incluent les tests suivants :

- tension artérielle, cholestérol, pulsations cardiaques, respiration, température etc,
- examen cardio-vasculaire, examen neurologique,
- dépistage du cancer.

Concubin : est la personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil). Si la déclaration du concubinage est postérieure à la date d'affiliation de l'assuré, la personne n'est prise en compte en tant que Concubin(e) qu'après une période de 6 mois. Ce délai n'est pas nécessaire si un enfant né de cette union est à la charge de l'Adhérent.

Conjoint : est la personne mariée à l'Assuré, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le contrat relatif à la présente notice d'information, le Partenaire de PACS ou le Concubin sont assimilés au Conjoint.

Délai d'attente : période pendant laquelle l'Assuré n'a pas droit à certaines prestations.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions.

Frais pharmaceutiques : produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

Frais d'accouchement : frais médicaux (incluant chambre double ou privée) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication, incluant la césarienne si médicalement nécessaire, sera prise en charge par la garantie « Maternité ».

Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 16 ans : prix de la chambre d'Hôpital pour un parent durant l'admission de l'enfant assuré à l'Hôpital pour un traitement. Si un lit d'Hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre à concurrence des montants indiqués. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Franchise : partie de l'indemnité restant à la charge de l'Assuré.

Grefe d'organe : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur,

cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.

Hôpital/Etablissement régulièrement autorisé : désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident. Ne sont pas considérés comme des hôpitaux les maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme.

Hospitalisation : séjour médical ou chirurgical d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou une maladie. Sont pris en charge : les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais médicaux et paramédicaux annexes liées à l'hospitalisation, le transport du malade.

Intervention Chirurgicale : Les actes dispensés sous anesthésie (générale ou locale) ou l'atteinte d'un organe à traiter après incision, sont réputés actes de chirurgie.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : prise en charge d'un examen des yeux par année d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Maladie inopinée : toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Médicalement nécessaire : correspond aux services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- Être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
- Être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
- Être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale.
- Être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin.
- Avoir un effet médical prouvé et démontré.
- Être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
- Être donnés avec un équipement, en quantité et en qualité appropriés au niveau de soin requis par l'état du patient.
- Être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

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

Orthodontie : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents à une fonction et à un alignement correct.

Partenaire de Pacs : la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité, conclu conformément à l'article L.515-1 du Code civil.

Prescription : délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Pays d'origine : est considéré comme pays d'origine, le pays de nationalité figurant sur le passeport des Bénéficiaires.

Pays d'expatriation/Pays de résidence : le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Assuré a sa résidence habituelle.

Prothèses médicales prescrites : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil d'orthopédie, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique, à l'exclusion des semelles et chaussures orthopédiques.

Prothèses dentaires : soins prothétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, inlays cores, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

Rééducation : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de 30 jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

Soins à domicile : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État au domicile de l'Assuré et conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à ou pour remplacer une hospitalisation ou des soins ambulatoires.

Soins dentaires conservateurs & chirurgicaux : comprend un bilan dentaire annuel, le détartrage, les traitements simples liés aux caries ou une dévitalisation dentaire et une extraction dentaire.

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies, infections ou blessures.

Transport en ambulance : il s'agit d'un transport par ambulance à l'intérieur d'un même pays, entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et à destination de

l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche situé dans le même pays et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale. Est également couvert si l'état du malade le nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement plus proche.

Urgence : terme utilisé en cas d'Accident ou de commencement d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une Hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

Vaccinations obligatoires : immunisations ou injections requises par les Autorités Sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré ou par celles du pays dans lequel l'Assuré se rend. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

Tableau des garanties Expat Santé au premier EUR* annexé à la présente notice d'information

* Les remboursements, y compris les maxima définis dans le tableau de garanties sont effectués dans la limite des frais réels.

Délais d'attente

La prise en charge des frais/dépenses de santé par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des Assurés à compter de la date d'affiliation et après l'expiration des délais de carence suivants :

- **Hospitalisation, Frais médicaux courants, Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux : 3 mois**
- **Optique, prothèses médicales prescrites, prothèses dentaires et orthodontie : 6 mois**
- **Psychiatrie et Fécondation in vitro : 12 mois**
- **Maternité : 9 mois**

Toutefois, seuls les frais consécutifs à un Accident (voir la section 6 « Les définitions ») sont remboursables immédiatement.

Niveau de couverture	PREMIUM ECONOMY	BUSINESS 90	BUSINESS 90+	BUSINESS 100	BUSINESS 100+	PREMIERE 90	PREMIERE 100
Plafond annuel/bénéficiaire	500 000 EUR	750 000 EUR	750 000 EUR	750 000 EUR	750 000 EUR	1 000 000 EUR	1 000 000 EUR
HOSPITALISATION (accord préalable)							
Hospitalisation médicale	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation chirurgicale	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation de jour	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Examens, analyses et pharmacie	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Soins intensifs	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Greffe d'organes	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant assuré de moins de 18 ans	100 % FR dans la limite de 40 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 45 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 45 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 45 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 45 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 60 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 60 EUR par jour
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 50 EUR par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 180 EUR (zones 1&2) / 120 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 180 EUR (zones 1&2) / 120 EUR (zones 3&4) par jour
Frais de transport en ambulance (si hospitalisation prise en charge)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation psychiatrique	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR	100 % FR dans la limite de 5 000 EUR
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident uniquement	100 % FR dans la limite de 1 000 EUR	100 % FR	100 % FR				

Niveau de couverture	PREMIUM ECONOMY	BUSINESS 90	BUSINESS 90+	BUSINESS 100	BUSINESS 100+	PREMIERE 90	PREMIERE 100
Consultation externe liée à une hospitalisation/chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100 % FR dans la limite d'une consultation pré-opératoire et une consultation post-opératoire et dans la limite de 80 EUR par consultation	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation
Hospitalisation à domicile	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie en ambulatoire) A l'exclusion de la pharmacie liée au cancer	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Traitement du Sida	Non garanti	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Soins de rééducation physique (immédiate suite à une hospitalisation prise en charge) – accord préalable	100 % FR dans la limite de 45 jours / an	100 % FR dans la limite de 45 jours / an	100 % FR dans la limite de 45 jours / an	100 % FR dans la limite de 45 jours / an	100 % FR dans la limite de 45 jours / an	100 % FR	100 % FR
Règlement direct des frais d'hospitalisation	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24						
Soins palliatifs	100% FR						
MATERNITE (accord préalable)							
Accouchement naturel ou césarienne de confort	Non garanti	100 % FR dans la limite de 4 000 EUR (zones 1&2) / 3 000 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 4 000 EUR (zones 1&2) / 3 000 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 4 000 EUR (zones 1&2) / 3 000 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 4 000 EUR (zones 1&2) / 3 000 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 7 500 EUR (zones 1&2) / 5 000 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 7 500 EUR (zones 1&2) / 5 000 EUR (zones 3&4) par an
Accouchement chirurgical en urgence (césarienne en urgence ou programmée pour des raisons médicales)	Non garanti	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	Non garanti	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 100 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 180 EUR (zones 1&2) / 120 EUR (zones 3&4) par jour	100 % FR dans la limite de 180 EUR (zones 1&2) / 120 EUR (zones 3&4) par jour
Suivi de grossesse	Non garanti	Cf. poste "Frais médicaux courants"					
Insémination artificielle (médicaments pour stimulation hormonale, prélèvements et préparation du sperme, insémination intra-utérine)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 500 EUR par insémination	100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 500 EUR par insémination

Niveau de couverture	PREMIUM ECONOMY	BUSINESS 90	BUSINESS 90+	BUSINESS 100	BUSINESS 100+	PREMIERE 90	PREMIERE 100
Fécondation In Vitro (comprenant la totalité du traitement : laboratoire, FIV, ICSI, actes de spécialiste, médicaments pour stimulation hormonale, hospitalisation de jour, transfert embryonnaire, cryogénéisation)						100% FR dans la limite dans la limite de 3 tentatives et de 1000 EUR par fécondation	100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 1000 EUR par fécondation
FRAIS MEDICAUX COURANTS							
Médecins généralistes	Non garanti	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation
Médecins spécialistes (hors ophtalmologue et dentiste)	Non garanti	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation
Psychiatres	Non garanti	90 % FR, jusqu'à 1 000 EUR par an	90 % FR, jusqu'à 1 000 EUR par an	100 % FR, jusqu'à 1 000 EUR par an	100 % FR, jusqu'à 1 000 EUR par an	90 % FR, jusqu'à 1 500 EUR par an	100 % FR, jusqu'à 1 500 EUR par an
Actes de spécialités	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux : soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ergothérapie, logopédie, psychomotricité et sage-femme (sur prescription médicale et avec demande d'accord préalable pour les soins en série (≥5))	Non garanti	90 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an	90 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an	100 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an	100 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an	90 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an	100 % FR dans la limite de 2 500 EUR par an
Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux (hors établissement hospitalier)	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
IRM (accord préalable)	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
Médicaments	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
Vaccinations obligatoires	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
Prothèses médicales prescrites (accord préalable)	Non garanti	90 % FR	90 % FR	100 % FR	100 % FR	90 % FR	100 % FR
Prothèses auditives (accord préalable)	Non garanti	90 % FR dans la limite de 1 000 EUR par an	90 % FR dans la limite de 1 000 EUR par an	100 % FR dans la limite de 1 000 EUR par an	100 % FR dans la limite de 1 000 EUR par an	90 % FR dans la limite de 2 000 EUR par an	100 % FR dans la limite de 2 000 EUR par an
Niveau de couverture	PREMIUM ECONOMY	BUSINESS 90	BUSINESS 90+	BUSINESS 100	BUSINESS 100+	PREMIERE 90	PREMIERE 100

Kinésithérapie, chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, acuponcture (accord préalable) médecine traditionnelle chinoise en Asie	Non garanti	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an
Psychothérapie prescrite par un psychiatre et exécutée par un psychologue (accord préalable)	Non garanti	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	90 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 80 EUR (zones 1&2) / 50 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par séance et 10 séances par an
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	100 % FR max 500 EUR tous les deux ans	100 % FR max 500 EUR tous les deux ans
Dépistage du cancer du sein, col de l'utérus, cavité buccale, peau, prostate, cancer colorectal	Non garanti	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
OPTIQUE							
Consultations	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	Non garanti	100 % FR dans la limite de 110 EUR (zones 1&2) / 80 EUR (zones 3&4) par consultation	90 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation	100 % FR dans la limite de 150 EUR (zones 1&2) / 110 EUR (zones 3&4) par consultation
Verres, monture et lentilles	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 400 EUR (zones 1&2) / 300 EUR (zones 3&4) par an	Non garanti	100 % FR dans la limite de 400 EUR (zones 1&2) / 300 EUR (zones 3&4) par an	90 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par an
Chirurgie réfractive au laser (Kératotomie)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 400 EUR (zones 3&4) par œil sur toute la durée du contrat	100 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 400 EUR (zones 3&4) par œil sur toute la durée du contrat

Niveau de couverture	PREMIUM ECONOMY	BUSINESS 90	BUSINESS 90+	BUSINESS 100	BUSINESS 100+	PREMIERE 90	PREMIERE 100
DENTAIRE							
Limite globale/an/ bénéficiaire			2 000 EUR (zones 1&2) 1 500 EUR (zones 3&4)		2 000 EUR (zones 1&2) 1 500 EUR (zones 3&4)	3 500 EUR (zones 1&2) 2 500 EUR (zones 3&4)	3 500 EUR (zones 1&2) 2 500 EUR (zones 3&4)
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 700 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par an	Non garanti	100 % FR dans la limite de 700 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par an	90 % FR dans la limite de 1 000 EUR (zones 1&2) / 750 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 1 000 EUR (zones 1&2) / 750 EUR (zones 3&4) par an
Prothèses dentaires y compris inlays, onlays, implants (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 500 EUR (zones 1&2) / 400 EUR (zones 3&4) par dent et 1 200 EUR (zones 1&2) / 1 000 EUR (zones 3&4) par an	Non garanti	100 % FR dans la limite de 500 EUR (zones 1&2) / 400 EUR (zones 3&4) par dent et 1 200 EUR (zones 1&2) / 1 000 EUR (zones 3&4) par an	90 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par dent et 2 500 EUR (zones 1&2) / 1 500 EUR (zones 3&4) par an	100 % FR dans la limite de 600 EUR (zones 1&2) / 500 EUR (zones 3&4) par dent et 2 500 EUR (zones 1&2) / 1 500 EUR (zones 3&4) par an
Orthodontie (accord préalable) (uniquement pour les enfants âgés de moins de 16 ans)	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	Non garanti	90 % FR dans la limite de 500 EUR par semestre et limité à 4 semestres	100 % FR dans la limite de 500 EUR par semestre et limité à 4 semestres



SASU à associé unique de courtage d'assurance,
au capital de 28 580 EUR, RCS Montpellier 491 144 150

N° ORIAS 07 008 939 - www.orias.fr - Sous le contrôle de
l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
4, place de Budapest - 75009 Paris - France
www.acpr.banque-france.fr

Réclamations clients
relation@crystal-mobility.com

SIÈGE SOCIAL

939, rue de la Croix Verte
34090 Montpellier - France
Tél +33 1 42 56 16 41

www.crystal-mobility.com

Crystal Mobility est une société Crystal

Société Anonyme à Directoire
et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros,
régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS

SIÈGE SOCIAL

4, promenade Cœur de Ville
92130 Issy-les-Moulineaux