



# EXPAT SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION  
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ - PREMIER USD

Numéro de contrat : MGENIB1100251SNP  
Code Partenaire : FRMGENIBC13

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

## EXPAT SANTE

Régime Frais de santé  
Premier USD

### MGENIB1100251SNP

Souscrit par APREVI

(Association de PREvoyance Internationale)

*Document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2023*



## Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat N°MGENIB1100251SNP relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association souscriptrice « APREVI » auprès de l'Organisme assureur dont les mentions légales respectives sont portées à la Section 6 de la présente notice d'information.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Organisme 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<sup>er</sup> janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion 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°MGENIB1100251SNP 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°MGENIB1100251SNP 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'Organisme 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'Organisme assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Organisme 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.

## 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'Organisme assureur. Le contrat est souscrit auprès de MGEN et MGEN Vie, dénommés « Organisme assureur », dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits.

Il relève des branches 1 – Accidents, 2 – Maladie, et 20 – Vie-décès définies à l'article R.211-2 du Code de la mutualité et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code de la mutualité 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 et d'un capital en cas de décès accidentel, conformément à la présente notice d'information.

Les Assurés ont un accès au contenu des Statuts de la MGEN sur le site <http://www.mgen.fr>. En cas de conflit d'interprétation entre le contrat d'assurance collective et les dispositions figurant aux Statuts de la mutuelle, les dispositions du contrat d'assurance collective, objet de la présente notice, prévaudront.

### 2- Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion 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 rempli, daté et signé par le candidat à l'assurance.

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.

**Au titre de la garantie décès uniquement** : un questionnaire médical, validé par le Médecin Conseil de l'Organisme assureur, est complété par le candidat à l'assurance. Un examen médical, aux frais de ce dernier, peut être demandé.

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire. Le bulletin individuel d'affiliation précise le bénéficiaire

désigné en cas de décès de l'Adhérent.

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 prénoms des Ayants-droits le cas échéant,
- ⊗ la zone de couverture,
- ⊗ la nature des garanties souscrites.

#### 2.2 Date d'effet et renouvellement

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

**Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Adhérent.**

**L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat :**

- à la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre par notification de sa volonté au moins deux (2) mois avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation est effective au 31 décembre, à minuit, de l'année au cours de laquelle elle est notifiée.
- en application des dispositions de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 modifiant l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, dont la date d'entrée en vigueur est fixée au 1er décembre 2020.

L'Adhérent peut notifier sa demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, selon les modalités suivantes, au choix de l'Adhérent :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par une déclaration faite au siège social ou au sein d'une implantation de l'Organisme assureur,
- soit par un acte extrajudiciaire,
- soit lorsque l'adhésion au contrat s'effectue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,

- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

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

- Ⓢ **en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,**
- Ⓢ **a 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**

L'Association souscriptrice communique à l'Adhérent les informations concernant le droit à rétractation en cas de démarchage à domicile ou lieu de travail lorsque ce dernier 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. L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la date de conclusion du contrat pour exercer son droit à renonciation selon les dispositions de l'article L.221-18-1 du code de la mutualité en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande.

#### **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.221-18 du Code de la mutualité, l'Adhérent ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L. 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de l'adhésion.

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, tout Assuré qui a signé une demande d'adhésion concernant une garantie décès a la faculté d'y renoncer par

lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet. 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'Organisme 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°MGENIB1100251SNP 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 USD]. Le ... (Date / signature) ».*

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

L'Organisme 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'Organisme 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**

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

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

**Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**



En application de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Adhérent par l'Organisme assureur) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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'Organisme assureur à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant (Adhérent) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil :

- ⊙ La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil),
- ⊙ La demande en justice (art. 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 (art.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 (art.2245 du code civil),
- ⊙ L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (art. 2246 du code civil).

### 3.2 Recours

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par l'Organisme assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants

droit leur demeure acquise, sous la même réserve. Si le Bénéficiaire des prestations a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par l'Organisme assureur est exigé.

Le Bénéficiaire des prestations qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

### 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'Organisme assureur délègue à **ExpaTPA, 142 rue de Rivoli, 75001 Paris, France**, en matière de déclaration, de gestion et reversement 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'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les Adhérents 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 Adhérents 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 auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV : 62-68 rue Jeanne d'Arc Paris 13, CEDEX France ou [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr) ou [dpo@vyv-ib.com](mailto:dpo@vyv-ib.com). Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://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 Adhérents, 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 Adhérents 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 à la 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](mailto: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](mailto:relation@crystal-mobility.com), dans les cas ci-dessous :

- ⑤ Renseignements et réclamations sur les conditions d'admission dans l'assurance
- ⑤ Renseignements et réclamations sur le règlement des cotisations
- ⑤ Renseignements et réclamations 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 la 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.

Après réponse, si la réclamation n'était pas réglée, l'Adhérent ou les bénéficiaires peuvent écrire en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites à :

**VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, 3-7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel : [clients@vyv-ib.com](mailto:clients@vyv-ib.com).**

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, le réclamant peut saisir le médiateur MGEN par écrit et adresser sa réclamation par voie postale à : **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** ou sur le site internet dédié : <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

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. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site dédié à la médiation sur <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

### 3.6 Fausse déclaration

**INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ADHERENT ENTRAINE LA NULLITE DU CONTRAT (ART. L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE), QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ORGANISME ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ADHERENT A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE.**

**TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ADHERENT ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES A L'ART. L. 221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE : LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ACQUISES A L'ORGANISME ASSUREUR QUI A LE DROIT, A TITRE DE DEDOMMAGEMENT, AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES ; L'ADHERENT DOIT REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE SON CONTRAT.**

**POUR LES OPERATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES FACULTATIVES, L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ADHERENT DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE LA GARANTIE PREVUE AU BULLETIN D'ADHESION OU AU CONTRAT COLLECTIF (ART. L.221-5 DU CODE DE LA MUTUALITE).**

**SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ORGANISME ASSUREUR A LE DROIT A LE DROIT DE MAINTENIR L'ADHESION MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE COTISATION ACCEPTEE PAR L'ADHERENT. A DEFAUT D'ACCORD DE CELUI-CI, LE BULLETIN D'ADHESION OU LE CONTRAT PREND FIN DIX (10) JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ADHERENT 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.221-15 DU CODE DE LA MUTUALITE).**

**SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE N'EST CONSTATEE QU'APRES LA REALISATION DU RISQUE, LA REDUCTION DES PRESTATIONS DANS LE RAPPORT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION DE L'ADHERENT AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ART. L.211-15 DU CODE DE LA MUTUALITE).**

### 3.7 Clause de limitation

L'Organisme 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 des présentes dispositions 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, 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'Organisme 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 moins de 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 médical au titre de la garantie décès et désigner les bénéficiaires en cas de décès.

### 5- Conditions d'admission

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

Les Adhérents, ainsi que leurs Ayants droit le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'affiliation. 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'Organisme 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**



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.

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

Dans les autres cas, après accord exprès de l'Organisme 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 1<sup>er</sup> 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'Organisme 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'Organisme 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 Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la Mutualité en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.**

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'Organisme 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 de la mutualité,
- ⊙ à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- ⊙ en cas de décès de l'Adhérent,
- ⊙ en cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur,
- ⊙ à l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle ou infra-annuelle de son contrat individuel d'assurance,
- ⊙ 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 Adhérents :

- ⊙ 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 de 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 ses personnes à charge 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'assuré 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'Assuré 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 26<sup>ème</sup> 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- Garanties Frais médicaux

#### 9.1 Nature

**9.1.1** La garantie consiste à rembourser les frais de santé engagés par l'Assuré, dès le premier USD (\$) 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'Organisme 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'Organisme 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'Organisme 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](mailto:Contact@expaTPA.fr)** accompagné des pièces justificatives demandées par l'Organisme assureur.

**La déclaration est accompagnée des pièces justificatives demandées par l'Organisme 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 USD** 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'Organisme assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

L'Organisme 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'Organisme 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 dûment remplis verra sa demande suspendue, sauf accord de l'Organisme 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'Organisme assureur sur la base de ces données incorrectes.**

## 9.5 Pièces justificatives

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 – Garantie décès

### 10.1 Capital en cas de décès accidentel de l'Assuré âgé de plus de 12 ans

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un Accident, à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, **un an** après la date de l'Accident, un capital décès est versé au(x)

bénéficiaire(s) désigné(s), comme suit :

**Zone 1 et zone 2 :**

- ⑤ **15 000 USD de Premium Economy à Première 100.**

**Zone 3 et zone 4 :**

- ⑤ **Premium Economy : 5 000 USD**
- ⑤ **Business 90 et Business 90 +: 10 000 USD**
- ⑤ **Business 100 et Business 100 +: 15 000 USD**
- ⑤ **Première 90 et Première 100 : 15 000 USD**

En tout état de cause, en cas de décès accidentel d'un enfant à charge âgé de moins de douze (12) ans et survenant avant le décès de l'Adhérent, un forfait « frais d'obsèques » dont le montant est fixé selon la formule choisie est versé à ce dernier, dans la limite des frais réellement engagés.

Tout accident susceptible d'entraîner le paiement anticipé de la somme forfaitaire doit être déclaré dans un délai de six mois à compter de la date de sa survenance.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées à l'imprimé Désignation de bénéficiaire à remplir au moment de l'adhésion et seront utilisées lors du décès de l'assuré.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint non séparé de corps de l'Assuré marié,
- à défaut, au partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou toute union civile équivalente, ou le Concubin déclaré ayant toujours cette qualité au jour du décès,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou, au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

À tout moment, l'Assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de son choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il doit informer l'Organisme assureur par écrit de la désignation de bénéficiaire(s). Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Organisme assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré doit mentionner les coordonnées de ce dernier afin que l'Organisme assureur puisse les utiliser en cas de décès.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à

l'article L.223-10-1 du Code de la mutualité. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par l'Assuré et le bénéficiaire, devra être notifiée à l'Organisme assureur pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation type ci-dessus est applicable.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

**10.2 Revalorisation du Capital à compter du décès de l'Assuré**

Conformément Loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence dite « Loi Eckert » qui a renforcé le dispositif de revalorisation du capital décès, et conformément à l'article R132-3-1 du Code des assurances, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le capital décès dû à des bénéficiaires personnes physiques donne lieu à une revalorisation annuelle.

Ce capital décès doit être revalorisé à compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à ce que l'Organisme assureur ait réceptionné l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux décès ou à défaut, jusqu'au transfert des fonds à la Caisse des dépôts et consignation.

Entre la date du décès de l'assuré et la date de connaissance du décès par l'Organisme assureur :

le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ; ou

- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

A compter de la date de connaissance du décès (obtention de l'acte de décès) et jusqu'à réception des pièces nécessaires au règlement, le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ; ou

soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

L'Organisme assureur dispose d'un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées de chaque bénéficiaire pour lui demander de fournir la totalité des

pièces nécessaires au paiement du capital. Dès réception de ces pièces justificatives, l'Organisme assureur dispose d'un délai d'un (1) mois pour procéder au règlement du capital.

## 11- Accord préalable Limitation aux frais réels

### 11.1 Accord préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Organisme 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'Organisme assureur au moins trois (3) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu.

L'acceptation de l'Organisme 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'Organisme 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'Organisme assureur dans les **48 heures, ou dès que possible** 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.

### 11.2 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 indemnités 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.**

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes Organisme 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'Organisme assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

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

## Section 4 – Risques et prestations exclues

### RISQUES EXCLUS

**LES FRAIS ENGAGES NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ORGANISME 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 AU TITRE DE LA GARANTIE FRAIS MEDICAUX

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

- ⊗ **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 ETABLISSEMENTS 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.

#### RISQUES EXCLUS AU TITRE DE LA GARANTIE DECES

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE DECES ACCIDENTEL :

- ⊗ 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,

- ⊗ LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A UNE GUERRE OU LA FRANCE N'EST PAS BELLIGERANTE, UNE INSURRECTION, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UN ATTENTAT OU UNE TENTATIVE D'ATTENTAT, SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE OU D'ASSISTANCE A UNE PERSONNE EN DANGER,
- ⊗ LE SUICIDE DE L'ASSURE, AVANT UNE ANNEE CONTINUE D'AFFILIATION.
- ⊗ LES CONSEQUENCES DE MALADIE OU D'ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE GARANTIE, DE MUTILATIONS VOLONTAIRES OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE,
- ⊗ LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION A TOUS SPORTS ET COMPETITIONS A TITRE PROFESSIONNEL.

## Section 5 – Les cotisations

### 12- Calcul et règlement des cotisations

#### 12.1 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 1<sup>er</sup> janvier précédant la date d'adhésion puis à chaque 1<sup>er</sup> janvier pour les années suivantes.

Ce montant sera révisé au renouvellement annuel effectif au 1<sup>er</sup> 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.

#### 12.2 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables d'avance **en USD (\$) 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 prorata temporis pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation.

#### 12.3 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'Organisme 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'Organisme 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.221-8 du Code de la mutualité, 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 :

- ⊙ 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'Organisme assureur entre le 1<sup>er</sup> 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.

**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-droit inscrit au contrat.

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

**Organisme assureur** : Organisme assureur qui couvre le risque garanti, soit **MGEN et MGEN VIE, 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, régies par le Code de la Mutualité**.

**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.

**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'Organisme 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. Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information.

**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'Organisme 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.

**Organisme assureur** : l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti, soit MGEN et MGEN Vie, 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

**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 prosthétiques, 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'un de ses Ayants-droit. 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 USD annexé à la présente notice d'information

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

### Délais d'attente

La prise en charge des frais/dépenses de santé par l'Organisme 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  |
|---|--|--|--|--|--|---|---|
| <b>Plafond annuel/bénéficiaire</b>  | <b>500 000 USD</b>                         | <b>750 000 USD</b>   | <b>750 000 USD</b>   | <b>750 000 USD</b>   | <b>750 000 USD</b>   | <b>1 000 000 USD</b>  | <b>1 000 000 USD</b>  |
| <b>HOSPITALISATION (accord préalable)</b>                                     |  |  |  |  |  |   |   |
| 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 USD par jour | 100 % FR dans la limite de 45 USD par jour                                   | 100 % FR dans la limite de 45 USD par jour                                   | 100 % FR dans la limite de 45 USD par jour                                   | 100 % FR dans la limite de 45 USD par jour                                   | 100 % FR dans la limite de 60 USD par jour                                    | 100 % FR dans la limite de 60 USD par jour                                    |
| Chambre particulière  | 100 % FR dans la limite de 50 USD par jour | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour | 100 % FR dans la limite de 180 USD (zones 1&2) / 120 USD (zones 3&4) par jour | 100 % FR dans la limite de 180 USD (zones 1&2) / 120 USD (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 USD       | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD   | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD   | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD   | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD   | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD  | 100 % FR dans la limite de 5 000 USD  |
| Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence par suite d'un accident uniquement   | 100 % FR dans la limite de 1 000 USD       | 100 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR  | 100 % FR  |



|   |  |   |   |  |  |  |   |
|---|--|---|---|--|--|--|---|
| 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 USD par consultation | 90 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par consultation | 90 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par consultation | 100 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par consultation | 100 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par consultation | 90 % FR dans la limite de 150 USD (zones 1&2) / 110 USD (zones 3&4) par consultation | 100 % FR dans la limite de 150 USD (zones 1&2) / 110 USD (zones 3&4) par consultation |
| Hospitalisation à domicile  | 100 % FR   | 100 % FR  | 100 % FR  | 100 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR  |

| Niveau de couverture   | PREMIUM ECONOMY                               | BUSINESS 90   | BUSINESS 90+  | BUSINESS 100  | BUSINESS 100+   | PREMIERE 90   | PREMIERE 100  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie en ambulatoire) - à 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 par suite d'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                                       |   |   |   |   |   |   |
| <b>MATERNITE (accord préalable)</b>  |   |   |   |   |   |   |   |
| Accouchement naturel ou césarienne de confort  | Non garanti                                   | 100 % FR dans la limite de 4 000 USD (zones 1&2) / 3 000 USD (zones 3&4) par an | 100 % FR dans la limite de 4 000 USD (zones 1&2) / 3 000 USD (zones 3&4) par an | 100 % FR dans la limite de 4 000 USD (zones 1&2) / 3 000 USD (zones 3&4) par an | 100 % FR dans la limite de 4 000 USD (zones 1&2) / 3 000 USD (zones 3&4) par an | 100 % FR dans la limite de 7 500 USD (zones 1&2) / 5 000 USD (zones 3&4) par an | 100 % FR dans la limite de 7 500 USD (zones 1&2) / 5 000 USD (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 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour    | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour    | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour    | 100 % FR dans la limite de 100 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par jour    | 100 % FR dans la limite de 180 USD (zones 1&2) / 120 USD (zones 3&4) par jour   | 100 % FR dans la limite de 180 USD (zones 1&2) / 120 USD (zones 3&4) par jour   |
| <b>Suivi de grossesse</b>  | 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 USD par insémination           | 100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 500 USD par insémination           |
| Fécondation In Vitro (comprenant la totalité du traitement : laboratoire, FIV, ICSI, actes de spécialiste, médicaments pour stimulation hormonale, hospitalisation de jour, transfert embryonnaire, cryogénéisation) | Non garanti                                   | Non garanti   | Non garanti   | Non garanti   | Non garanti   | 100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 1000 USD par fécondation           | 100% FR dans la limite de 3 tentatives et de 1000 USD par fécondation           |

| Niveau de couverture   | PREMIUM ECONOMY | BUSINESS 90   | BUSINESS 90+  | BUSINESS 100   | BUSINESS 100+  | PREMIERE 90  | PREMIERE 100  |
|--|-----------------|---|---|--|--|--|---|
| <b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>                               |                 |   |   |  |  |  |   |
| Médecins généralistes  | Non garanti     | 90 % FR<br>dans la limite de<br>80 USD (zones 1&2) / 50<br>USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>80 USD (zones 1&2) / 50<br>USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>80 USD (zones 1&2) / 50<br>USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>80 USD (zones 1&2) / 50<br>USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation  |
| Médecins spécialistes<br>(hors ophtalmologue et<br>dentiste) | Non garanti     | 90 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation | 90 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation | 100 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation | 100 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation | 90 % FR<br>dans la limite de<br>150 USD (zones 1&2) /<br>110 USD (zones 3&4) par<br>consultation | 100 % FR<br>dans la limite de<br>150 USD (zones 1&2) /<br>110 USD (zones 3&4) par<br>consultation |
| Psychiatres  | Non garanti     | 90 % FR, jusqu'à<br>1 000 USD par an  | 90 % FR, jusqu'à<br>1 000 USD par an  | 100 % FR, jusqu'à<br>1 000 USD par an  | 100 % FR, jusqu'à<br>1 000 USD par an  | 90 % FR, jusqu'à<br>1 500 USD par an   | 100 % FR, jusqu'à<br>1 500 USD par an   |
| Actes de spécialités   | Non garanti     | 90 % FR   | 90 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR   | 90 % FR  | 100 % FR  |

| Niveau de couverture   | PREMIUM ECONOMY | BUSINESS 90   | BUSINESS 90+  | BUSINESS 100   | BUSINESS 100+  | PREMIERE 90  | PREMIERE 100  |
|--|-----------------|---|---|--|--|--|---|
| Auxiliaires médicaux : soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, ergothérapie, logopédie, psychomotricité et sage-femme ( <b>sur prescription médicale et avec demande d'accord préalable pour les soins en série (≥5)</b> ) | Non garanti     | 90 % FR dans la limite de 2 500 USD par an  | 90 % FR dans la limite de 2 500 USD par an  | 10 % FR dans la limite de 2 500 USD par an   | 100 % FR dans la limite de 2 500 USD par an  | 90 % FR dans la limite de 2 500 USD par an   | 100 % FR dans la limite de 2 500 USD 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 ( <b>accord préalable</b> )  | 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 ( <b>accord préalable</b> )   | Non garanti     | 90 % FR   | 90 % FR   | 100 % FR   | 100 % FR   | 90 % FR  | 100 % FR  |
| Prothèses auditives ( <b>accord préalable</b> )  | Non garanti     | 90 % FR dans la limite de 1 000 USD par an  | 90 % FR dans la limite de 1 000 USD par an  | 100 % FR dans la limite de 1 000 USD par an  | 100 % FR dans la limite de 1 000 USD par an  | 90 % FR dans la limite de 2 000 USD par an   | 100 % FR dans la limite de 2 000 USD par an   |
| Kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, homéopathie, acuponcture ( <b>accord préalable</b> ) médecine traditionnelle chinoise en Asie   | Non garanti     | 90 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 90 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 90 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an |
| Psychothérapie prescrite par un psychiatre et exécutée par un psychologue ( <b>accord préalable</b> )  | Non garanti     | 90 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 90 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 80 USD (zones 1&2) / 50 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 90 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (zones 3&4) par séance et 10 séances par an | 100 % FR dans la limite de 110 USD (zones 1&2) / 80 USD (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 USD tous les deux ans   | 100 % FR max 500 USD 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  |

| Niveau de couverture  | PREMIUM ECONOMY | BUSINESS 90 | BUSINESS 90+  | BUSINESS 100 | BUSINESS 100+  | PREMIERE 90   | PREMIERE 100   |
|---|-----------------|-------------|---|--------------|--|---|--|
| <b>OPTIQUE</b>  |                 |             |   |              |  |   |  |
| Consultations   | Non garanti     | Non garanti | 90 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation   | Non garanti  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>110 USD (zones 1&2) /<br>80 USD (zones 3&4) par<br>consultation   | 90 % FR<br>dans la limite de<br>150 USD (zones 1&2) /<br>110 USD (zones 3&4) par<br>consultation  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>150 USD (zones 1&2) /<br>110 USD (zones 3&4) par<br>consultation  |
| Verres, monture et lentilles  | Non garanti     | Non garanti | 90 % FR<br>dans la limite de<br>400 USD (zones 1&2) /<br>300 USD (zones 3&4) par<br>an  | Non garanti  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>400 USD (zones 1&2) /<br>300 USD (zones 3&4) par<br>an  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4) par<br>an  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4) par<br>an  |
| Chirurgie réfractive au laser<br>(Kératotomie)  | Non garanti     | Non garanti | Non garanti   | Non garanti  | Non garanti  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>400 USD (zones 3&4) par<br>œil sur toute la durée du<br>contrat                                  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>400 USD (zones 3&4) par<br>œil sur toute la durée du<br>contrat                                  |
| <b>DENTAIRE</b>   |                 |             |   |              |  |   |  |
| <b>Limite globale/an/ bénéficiaire</b>  |                 |             | <b>2 000 USD (zones 1&amp;2)<br/>1 500 USD (zones 3&amp;4)</b>  |              | <b>2 000 USD (zones 1&amp;2)<br/>1 500 USD (zones 3&amp;4)</b>   | <b>3 500 USD (zones 1&amp;2)<br/>2 500 USD (zones 3&amp;4)</b>  | <b>3 500 USD (zones 1&amp;2)<br/>2 500 USD (zones 3&amp;4)</b>   |
| Soins dentaires conservateurs &<br>chirurgicaux   | Non garanti     | Non garanti | 90 % FR<br>dans la limite de<br>700 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4)<br>par an  | Non garanti  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>700 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4)<br>par an  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>1 000 USD (zones 1&2) /<br>750 USD (zones 3&4)<br>par an  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>1 000 USD (zones 1&2) /<br>750 USD (zones 3&4)<br>par an  |
| Prothèses dentaires y compris<br>inlays, onlays, implants ( <b>accord<br/>préalable</b> )           | Non garanti     | Non garanti | 90 % FR<br>dans la limite de<br>500 USD (zones 1&2) /<br>400 USD (zones 3&4) par<br>dent et<br>1 200 USD (zones 1&2) /<br>1 000 USD (zones 3&4)<br>par an | Non garanti  | 100 % FR<br>dans la limite de<br>500 USD (zones 1&2) /<br>400 USD (zones 3&4) par<br>dent et<br>1 200 USD (zones 1&2) /<br>1 000 USD (zones 3&4)<br>par an | 90 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4) par<br>dent et<br>2 500 USD (zones 1&2) /<br>1 500 USD (zones 3&4)<br>par an | 100 % FR<br>dans la limite de<br>600 USD (zones 1&2) /<br>500 USD (zones 3&4) par<br>dent et<br>2 500 USD (zones 1&2) /<br>1 500 USD (zones 3&4)<br>par an |
| Orthodontie ( <b>accord préalable</b> )<br>(uniquement pour les enfants<br>âgés de moins de 16 ans) | Non garanti     | Non garanti | Non garanti   | Non garanti  | Non garanti  | 90 % FR<br>dans la limite de<br>500 USD par semestre et<br>limité à 4 semestres   | 100 % FR<br>dans la limite de<br>500 USD par semestre et<br>limité à 4 semestres   |





SAS 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](http://www.orias.fr) - Sous le contrôle de  
l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,  
61, rue Taitbout 75009 Paris - [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

Réclamations clients  
[relation@crystal-mobility.com](mailto: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](http://www.crystal-mobility.com)

Une société du Groupe Crystal - Expert & Finance



Le contrat MGENIB1100059SNP est un contrat groupe  
à adhésion facultative souscrit par l'Association  
APREVI auprès de MGEN,  
immatriculée sous le numéro Siren 775 685 399,  
3 square Max-Hymans - 75 748 PARIS Cedex 15, et  
MGEN Vie, mutuelle immatriculée sous le numéro  
Siren 441 922 002.

Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du  
Code de la Mutualité - 3 square Max-Hymans -75 748  
PARIS Cedex 15.

MGEN-IB, 3-7 Square Max Hymans,  
75648 Paris Cedex 15  
RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.