

Assurances Expat santé Impatriés – Premier euro (€)

Document d'information d'un produit d'assurance

Organisme assureur : MFPrévoyance

Produit : Contrat n° G0426 Expat santé Impatriés 1^{er} euro (€)

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

De quel type d'assurance s'agit-il ? Le produit d'assurance Frais de Santé « Expat santé impatriés » peut être souscrit au premier euro. Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes impatriées adhérentes à l'Association Aprevi, du remboursement de **frais médicaux**, selon la formule choisie, dès le 1^{er} euro. Le contrat groupe a été souscrit par « Aprevi » auprès de MGEN International Benefits pour le compte de MFPrévoyance, dont les mentions légales figurent en bas de page.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties en frais de santé

Prises en charge et remboursement des frais réellement engagés, selon la formule choisie (Premium Economy, Business 90, Business 90+, Business 100, Business 100+, Première 90, Première 100)

Des garanties systématiques en cas d'hospitalisation prise en charge :

- ✓ Hospitalisation médicale et chirurgicale
- ✓ Hospitalisation de jour / Hospitalisation à domicile
- ✓ Examens, analyses et pharmacie
- ✓ Soins intensifs / Greffes d'organes
- ✓ Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant assuré de moins de 18 ans
- ✓ Chambre particulière
- ✓ Frais de transport en ambulance
- ✓ Hospitalisation psychiatrique
- ✓ Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence par suite d'accident uniquement
- ✓ Consultation externe liée à une hospitalisation / chirurgie ambulatoire
- ✓ Traitement du cancer / Soins palliatifs
- ✓ Soins de rééducation physique

Les autres garanties prévues sont définies selon la formule choisie :

- ✓ Les garanties maternité
- ✓ Frais médicaux courants
- ✓ Soins optiques
- ✓ Soins dentaires



Dans quels pays suis-je couvert ?

Les frais médicaux sont remboursables :

- ✓ Dans le pays de résidence de l'Assuré : territoire français y compris les départements d'outre-mer
- ✓ Dans un Etat membre de l'Union européenne à l'exclusion du Royaume Uni
- ✓ Dans le Pays d'origine de l'Assuré lors de séjours temporaires de moins de trois (3) mois consécutifs

Les USA sont systématiquement exclus de la zone de couverture.

Toutefois, lors d'un séjour d'une durée de moins de 7 semaines dans un pays en dehors des zones ci-dessus, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un Accident ou une maladie 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.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Principales exclusions

- ✗ Fait intentionnel de la personne garantie (ex : fausse déclaration)
- ✗ Une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- ✗ Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire ou d'actes terroristes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie ne prend pas une part active à l'évènement
- ✗ Les maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat
- ✗ Un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Prestations exclues, sauf si expressément prises en charge dans le tableau de garanties :

- ✗ Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la date d'effet du contrat ou pendant les délais de carence.
- ✗ Toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée,
- ✗ Les frais non soumis à accord préalable
- ✗ Les frais de médecine préventive et les traitements expérimentaux
- ✗ Frais exposés en dehors de la zone géographique choisie, sauf dans la limite de 7 semaines de séjour en cas d'urgence médicale uniquement
- ✗ Les frais d'hôtel et de voyage, même en rapport avec des frais médicaux
- ✗ Psychothérapie, orthodontie
- ✗ Traitements contre l'infertilité/stérilité
- ✗ Cures de désintoxication, cures thermales
- ✗ Les soins, l'assistance et les frais d'hébergement des personnes dépendantes et des personnes handicapées
- ✗ Etablissements pour alcooliques ou toxicomanes
- ✗ Kératotomie
- ✗ Frais non justifiés médicalement
- ✗ Frais de rééducation professionnelle
- ✗ Conséquences tentative de suicide
- ✗ Chaussures et semelles orthopédiques
- ✗ Frais d'hospitalisation dans des établissements spécifiques (maison de convalescence ou maison de repos)



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

- ! Les dépenses supérieures au plafond annuel de remboursement des frais de santé par personne : 500 000 € Premium Economy, 750 000 € Business 90 /Business 90+ / Business 100 et Business 100+, 1 000 000 € Première 90 et Première 100
- ! Frais médicaux non reconnus par la Sécurité sociale française
- ! **Les frais déraisonnables ou inhabituels**
- ! 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).



Quand dois-je payer et comment ?

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont **payables d'avance en euro annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement** 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.

Règlement par prélèvement bancaire automatique, virement bancaire, paiement par CB ou chèque.



Quelles sont mes obligations ?

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

- **A la souscription du contrat, l'assuré doit :**
 - ✓ Remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation, et déclarer des informations exactes, et un questionnaire de santé.
 - ✓ Choisir l'une des formules proposées (Premium Economy, Business 90, Business 90+, Business 100, Business 100+, Première 90, Première 100)
 - ✓ Payer sa première cotisation et les frais associatifs
- **En cours de contrat**
Informez l'assureur des événements suivants :
 - ✓ Changements de situation : changement d'adresse, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - ✓ Retour dans son pays de résidence ou son pays d'origine,
 - ✓ Versement de prestations de la part d'un organisme de Sécurité sociale ou tout autre organisme complémentaire similaire
 - ✓ Régler ses cotisations dans les échéances prévues dans la notice d'information.
- **En cas de sinistre**
 - ✓ Adresser à l'assureur la déclaration de sinistre accompagnée des pièces justificatives (envoi par email possible pour les demandes de remboursement dont le montant est inférieur ou égal à 500 €)
 - ✓ Contacter le gestionnaire frais médicaux pour obtenir une prise en charge directe d'hospitalisation ou du tiers payant pour les frais médicaux externes
 - ✓ Notifier à l'assureur toute admission à l'hôpital au moins trois semaines à l'avance (ou dans un délai de 48h suivant l'admission en cas d'urgence)
 - ✓ Faire approuver préalablement par l'assureur (sauf urgence) certains frais (hospitalisation, rééducation, IRM, kinésithérapie, ostéopathie, frais d'accouchement...)



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

La prise d'effet du contrat est subordonnée à l'adhésion à l'association souscriptrice et à l'acceptation de l'assureur. Le contrat prend effet à compter du paiement de la cotisation à la date indiquée sur la demande d'adhésion individuelle.

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

Le contrat prend fin à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat groupe n°G0426 conclu entre Aprevi et MGEN IB pour MFPrévoyance.

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

- A l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle de son contrat d'assurance
- En cas de fausse déclaration
- En cas de décès de l'Adhérent,
- Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées à laquelle le contrat s'applique,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité,
- A la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur,
- Au 30 juin de l'année de ses 75 ans.

Pour les Ayants-droit : au jour où ils ne remplissent plus les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat est tacitement reconduite le 1er janvier de chaque année pour une période de 12 mois, sauf si l'adhérent informe de son intention de résilier son adhésion en adressant une lettre recommandée à l'assureur au plus tard le 31 octobre précédant la date de renouvellement, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l'année en cours.