

# Assurance Expat Urgence Premier euro (€) / Premier USD (\$) ou Complément CFE

Document d'information d'un produit d'assurance

Organisme assureur : MGEN et MGEN Vie Produits : Contrats n° MGENIB1100252/253/SAP & MGENIB1200067/68 SAP

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. 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 Régime Frais de Santé peut être souscrit au premier euro (€) ou en complément de la Caisse des Français de l'étranger (C.F.E). Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes expatriées adhérentes à l'Association APREVI, du remboursement de leurs **frais médicaux d'urgence**, selon la formule choisie, dès le 1er euro (€) ou en complément des prestations en nature des assurances « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle » et **de bénéficier de garanties d'assistance et d'un capital en cas de décès accidentel**. Le contrat groupe a été souscrit par APREVI auprès de MGEN International Benefits pour MGEN et MGEN Vie.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

### Garanties santé

Prises en charge et remboursement des frais réellement engagés, dès le 1<sup>er</sup> euro/ USD ou en complément de la CFE, selon le tableau récapitulatif de garanties.

### Des garanties hospitalisation en cas d'urgence uniquement :

- ✓ Hospitalisation médicale et intervention chirurgicale
- ✓ Hospitalisation de jour / Honoraires médicaux et chirurgicaux
- ✓ Examens, analyses et pharmacie
- ✓ Consultation externe liée à une hospitalisation/chirurgie ambulatoire prise en charge par le contrat sur présentation d'un certificat
- ✓ Chirurgie dentaire réparatrice d'urgence à la suite d'un accident
- ✓ Transport en ambulance
- ✓ Soins intensifs / Greffes d'organes
- ✓ Règlement direct des frais d'hospitalisation
- ✓ Chambre particulière et lit d'accompagnement pour hospitalisation d'un enfant assuré de < 18 ans

### Garanties assistance - rapatriement

- ✓ Organisation du retour ou transport vers hôpital
- ✓ Hospitalisation sur place
- ✓ Assistance retour anticipé et envoi de médicaments
- ✓ Evacuation en cas d'événement climatique majeur ou risque politique majeur

### Garanties décès accidentel et invalidité permanente

- ✓ **Capital de 15 000 euros EUR ou USD** versé en cas de décès accidentel ou en cas d'invalidité permanente consécutive à un accident versé directement à l'assuré

### Garantie responsabilité civile vie privée



## Dans quels pays suis-je couvert ?

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

- **Zone 1** : Monde entier sauf USA
  - **Zone 2** : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse
  - **Zone 3** : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour
  - **Zone 4** : Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Russie, Singapour, Union européenne, Afrique du Sud, Andorre, Australie, Liechtenstein, Islande, Monaco, Norvège, Nouvelle Zélande, Japon
- Les USA sont systématiquement exclus de la zone de couverture.**



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

### Principaux risques exclus

- ✗ Toute adhésion après le départ hors du pays de résidence habituelle
- ✗ Les frais non reconnus par la Sécurité sociale française
- ✗ Fait intentionnel de la personne garantie (ex : fausse déclaration)
- ✗ 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
- ✗ Un sinistre résultant directement ou indirectement de tout effet d'origine nucléaire ou 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
- ✗ Toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée
- ✗ Les frais non soumis à accord préalable ou si accord refusé
- ✗ Frais de médecine préventive
- ✗ Les traitements expérimentaux
- ✗ 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 listés
- ✗ Frais de rééducation professionnelle
- ✗ Conséquences d'une tentative de suicide
- ✗ Chaussures et semelles orthopédiques
- ✗ Frais d'hospitalisation dans des établissements spécifiques

### Exclusions spécifiques au titre des garanties Assistance « accident, maladie et imprévue » et « décès » :

- ✗ Les frais engagés sans l'accord préalable de l'Assisteur Mutuaide
- ✗ Les résultats d'une affection ayant donné lieu à un précédent rapatriement
- ✗ L'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- ✗ Psychiatrie
- ✗ Participation à un sport à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, les entraînements préparatoires et sports aériens
- ✗ Inobservation des interdictions officielles et règles de sécurité
- ✗ Frais non expressément remboursés, frais de restauration et toute dépense sans justificatif



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

- Plafond annuel : 200 000 USD ou EUR par bénéficiaire
- Frais médicaux déraisonnables ou inhabituels : refus de prise en charge ou limitation du remboursement
- Barème d'évaluation en cas d'invalidité permanente consécutive à un accident pour déterminer les droits de l'assuré**



## Quand dois-je payer et comment ?

Les cotisations sont payables **d'avance en euros ou USD annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par l'Adhérent** à l'Association souscriptrice selon les modalités définies par cette dernière. Règlement par virement bancaire, paiement par CB ou chèque. Le prélèvement automatique est possible uniquement pour la devise euro.

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.



## 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 avec exactitude et signer un bulletin individuel d'affiliation. Les informations déclarées doivent être exactes.
  - ✓ Remplir un questionnaire médical au titre de la garantie décès et une désignation de bénéficiaires en cas de décès.
  - ✓ 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 dans un délai de 48h suivant l'admission en cas d'urgence



## 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 30 jours à compter de la date d'effet du contrat.

Le contrat prend fin à la date de prise d'effet de la résiliation des contrats de groupe n° MGENIB1100252/253/SAP & MGENIB1200067/68 SAP conclus entre APREVI et MGEN et MGEN Vie et dont les mentions légales figurent en bas de page.

**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 31 décembre 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, maximum 3 fois, 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 précédent la date de renouvellement, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l'année en cours.