

Numéro de contrat : G0397

Code Partenaire : 75C023

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

Régime Frais de santé
Complément CFE

G0397

Souscrit par l'Association Santé
Monde

Document contractuel

Mise à jour au 1^{er} janvier 2023

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat n°G0397 relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association Santé Monde (Association souscriptrice) auprès de l'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'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.
3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 5 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement et renonciation du certificat d'adhésion » 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°G0397 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat n° G0397 relatif à la présente notice d'information s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 13 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 5 « Les cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de l'Association souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 5 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

Table de matières

Section 1 – Objet et bases de la Notice d’information.....	3
Section 2 – Les Assurés	7
Section 3 – Les garanties et prestations	9
Section 4 – Risques et prestations exclues	13
Section 5 – Les cotisations	14
Section 6 – Les définitions.....	14

Section 1 – Objet et bases 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 « **Association Santé Monde** » ou son représentant auprès de l’Assureur. Le contrat est souscrit auprès de MFPREVOYANCE, dénommé « Assureur », dans le cadre d’une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits.

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

Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes expatriées adhérentes de l’Association souscriptrice ou son représentant et le cas échéant leur famille, de remboursements de frais médicaux complémentaires aux prestations en nature « maladie – maternité - hospitalisation » proposées par le produit FrancExpat santé de la Caisse des Français de l’Étranger (CFE).

L’Association souscriptrice a mandaté le cabinet Assur Biens Expat pour la conception et la distribution du contrat « FrancExpat ».

2 – Effet, durée, renouvellement et renonciation du certificat d’adhésion

2.1 Adhésion

La demande d’adhésion au contrat, faisant l’objet de la présente notice d’information, se fait au moyen d’un bulletin individuel d’affiliation selon un modèle approuvé par l’Assureur rempli, daté et signé par le candidat à l’assurance. Ce dernier reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d’information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l’Adhérent et ses Ayants-droit inscrits au contrat.

L’acceptation de l’Assureur est notifiée par l’intermédiaire de l’Association souscriptrice.

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 elle 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 de l’Adhérent,
- Les noms et prénoms des Assurés et Ayants-droit le cas échéant,
- La nature et le montant des garanties souscrites,
- Le montant des cotisations et leurs modalités de paiement.

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

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

2.2 Date d’effet et renouvellement

Pour l’Adhérent, l’assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d’adhésion, et au plus tôt le 1^{er} avril 2018, pour une période se terminant le 31 décembre de la même année.

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

L’adhésion de l’Adhérent peut être résiliée :

- **A l’initiative de l’Organisme assureur :**
 - en cas de non-paiement des cotisations par l’Adhérent,

- à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent au Souscripteur,
 - en cas de fausse déclaration.
- **A l'initiative de l'Adhérent :**
 - à la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre par notification de sa volonté au Souscripteur, 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.
 - sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai minimal de douze (12) mois à compter de la première souscription du contrat, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 113-15-2 du Code des assurances. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Organisme assureur en ait reçu notification.

Le Souscripteur s'engage à en informer immédiatement l'Organisme assureur.

L'Adhérent peut notifier sa demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances, 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.

En outre, l'adhésion de l'Adhérent est résiliée de plein droit :

- en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe.

Lorsque l'adhésion est résiliée au titre de la résiliation infra-annuelle, l'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période

pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation de son contrat individuel d'assurance.

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

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 relatif à la présente notice d'information.

En cas de démarchage :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

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

En cas de vente à distance :

Le contrat relatif à la présente notice d'information est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*).

Le jour de la conclusion du contrat relatif à la présente

notice d'information correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

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

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire de l'Association Santé Monde, 19 Rue La Boétie, 75 008 PARIS, 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 G0397 que j'ai signé(e) le ... à (Lieu d'adhésion) et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de € [Montant en euros]. Le ... (Date et signature) ».

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

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

3 – Prescription

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

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

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;**
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en**

ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114-3 du Code des assurances :

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

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

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

4 – Recours

Conformément au Code des assurances, le Bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action à l'encontre de tout tiers responsable, et dans la limite des dépenses supportées.

5 – Renseignements – Réclamation – Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat et indépendamment du droit pour l'Assuré de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser à leur interlocuteur habituel à l'Association Santé Monde, 19 Rue La Boétie, 75008 PARIS. Mail: contact@assurancesantemonde.com pour le motif suivant :

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

et à ExpaTPA, 142 rue de Rivoli - 75001 Paris, France, contact@expatpa.com dans les cas ci-dessous :

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

Si la réponse de l'Association ou d'ExpaTPA ne satisfait pas l'attente du réclamant, ce dernier peut adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, 3/5/7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel : clients@vyv-ib.com.

Après réception d'une réclamation, l'Association souscriptrice, adresse à l'Adhérent ou à ses Ayants droit un avis de réception de la demande dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables. La réponse est adressée à l'Assuré ou ses Ayants droit dans les deux (2) mois qui suivent, sauf circonstances exceptionnelles qui leur seraient alors exposées.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Adhérent, ses Ayants droit pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.**

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

Par ailleurs, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Organisme assureur, s'adresser à l'ACPR, Direction du contrôle des pratiques commerciales – 4 Place de

Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09, France.

6 – Fausse déclaration

LES DÉCLARATIONS FAITES PAR LES ADHÉRENTS À L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE ET À L'ASSUREUR, AINSI QUE LES DÉCLARATIONS FAITES PAR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE À L'ASSUREUR SERVENT DE BASE À LA COUVERTURE.

INDÉPENDamment DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, LA GARANTIE ACCORDÉE À L'ADHÉRENT PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHÉRENT OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LA RÉALISATION DU RISQUE, CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES.

LES COTISATIONS ACQUITTÉES DEMEURENT ALORS ACQUISES À L'ASSUREUR QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTERÊTS.

7 – Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre VYV IB et ExpaTPA, 142 rue de Rivoli - 75001 Paris, France, est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Assureur délègue à ExpaTPA et notamment les obligations de ces derniers en matière d'acceptation des risques, de recouvrement et gestion des cotisations et la constitution des dossiers sinistres.

8 – Protection des données

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 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 contrat objet de la présente notice.

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 de **CNP Assurances pour MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15** ou par courriel dpo@cnp.fr. Ils peuvent également exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15** ou dpo@groupe-vyv.fr. 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 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 de gestion. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du médecin conseil de medical@vyv-ib.com.

9 – Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, s'assure du respect des engagements contractés par les Assureurs à l'égard de leurs Assurés et de leurs Bénéficiaires.

10 – Clause de limitation

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre de la présente notice d'information, 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 la France, de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

11 – Pluralité de contrats

Les remboursements des frais occasionnés par une Maladie ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. L'Adhérent s'engage, au moment de la souscription, à indiquer les autres organismes assureurs pour les mêmes garanties. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets **dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription**. Dans cette limite, l'Adhérent doit d'abord obtenir l'indemnisation de son organisme assureur local et/ou complémentaire.

Section 2 – Les Assurés

12 – Adhérents

Les personnes expatriées, adhérentes à l'Association souscriptrice peuvent adhérer au contrat relatif à la présente notice d'information à condition de vivre en dehors de leur Pays d'origine. Les expatriés doivent avoir souscrit auprès de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) le produit FrancExpat Santé « Solo » ou « Famille » leur assurant une couverture pour tous les frais de santé (maladie-maternité-hospitalisation).

13 – Conditions d'admission

Au moment de son affiliation, le candidat à l'assurance doit remplir et signer un questionnaire de santé. Un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé. L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

En fonction du résultat de la sélection médicale, le délégataire se réserve la possibilité :

- D'appliquer le cas échéant une surprime au montant de la cotisation ;
- De refuser un candidat à l'assurance. Dans ce cas, le Délégataire de gestion notifiera son refus par lettre recommandée avec avis de réception, dans le mois de la réception du dossier d'adhésion.

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'adhésion.

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

14 – Entrée en vigueur des garanties

14.1 Lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a pris effet, les garanties entrent en vigueur, pour chaque Adhérent expatrié, et le cas échéant au profit des membres de sa famille après application d'un délai de carence de la façon suivante :

SITUATION	CFE	Assurance Santé Monde (ASM)
Adhésion dès le départ de France	Adhésion commune CFE + ASM Pas de carence CFE	Pas de carence ASM
Adhésion + de 3 mois après départ de France	Déjà adhérent CFE En période de carence	Application de la fin de la carence CFE par ASM 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques
	Déjà adhérent CFE Carence CFE terminée	3 mois de carence pour hospitalisation + soins courants y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques
	Adhésion commune CFE+ ASM Jusqu'à 29 ans inclus : pas de carence De 30 à 44 ans inclus : 3 mois de carence A partir de 45 ans : 6 mois de carence	Pas de carence hospitalisation + soins y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses dentaires et optique 3 mois de carence pour hospitalisation + soins y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optique 6 mois de carence pour la totalité des garanties

14.2 Zone de couverture

Les garanties Frais médicaux peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident et :

- En France, en complément des remboursements du produit FrancExpat de la CFE.

15 – Cessation ou suspension des garanties

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

Les garanties cessent en tout état de cause :

15.1.1 Pour chaque Assuré :

- A l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle de son contrat d'assurance. Pour cela, ce dernier doit dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance informer l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception,
- En cas de fausse déclaration conformément à l'article 6 de la présente notice d'information,
- En cas de décès de l'Adhérent,
- Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes expatriées à laquelle le contrat s'applique, sous réserve d'en apporter la preuve,
- Dès que l'Adhérent n'est plus assuré par le produit *FrancExpat* de la CFE,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des assurances,
- A la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de dissolution de l'Association souscriptrice,
- En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur,
- Au jour de son 67^{ème} anniversaire ou au jour du 70^{ème} anniversaire si l'adhésion avant 66 ans.

15.1.2 Pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnes expatriées précitée : à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance groupe, objet de la présente notice d'information, par l'Association souscriptrice ou par l'Assureur.

15.2 Les garanties cessent pour les Ayants droit (ou sont suspendues) à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessous, et en tout état de cause à la même date que pour 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.

Section 3 – Les garanties et prestations

16 – Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat, objet de la présente notice d'information, les Adhérents bénéficiant des garanties des produits CFE FrancExpat « Solo » ou « Famille ».

Dans ce cas, peuvent être inscrits au contrat relatif à la présente notice d'information :

- le Conjoint de l'Adhérent, bénéficiaire de la CFE

Est assimilé au Conjoint son Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.), ou, à défaut, son Concubin (une copie du P.A.C.S. ou un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune devront être fournis à l'Assureur).

- les Ayants droit de l'un ou de l'autre : les enfants non mariés de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant sous le toit de l'Adhérent, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles,
 - ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 20 ans,
 - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC),
 - être à charge fiscale de l'Adhérent, c'est-à-dire :
 - soit, être pris en compte pour une demi-part au moins dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Adhérent payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
 - soit, lorsqu'il s'agit d'étudiants n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevoir de l'Adhérent une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.

Sont également pris en considération les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils :

- ont le statut d'étudiant et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit de l'Adhérent,
- ou s'ils sont mineurs, s'ils vivent sous le toit du Conjoint de l'Adhérent, ou sous le toit d'un ascendant ou d'un collatéral jusqu'au 3ème degré,

- sont nés viable moins de trois cents jours après le décès de l'Adhérent.

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 française.

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire. Les enfants étudiants doivent, lorsque cela est possible, adhérer au régime de Sécurité sociale du pays dans lequel ils étudient.

Pour être considérés comme Assurés, les Ayants droit doivent être inscrits sur le certificat d'adhésion. Les garanties cessent pour les Ayants droit à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus, et en tout état de cause à la même date que pour l'Adhérent.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en Hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

17 – Prestations garanties

17.1 Choix de la formule

La formule de garanties choisie par l'Adhérent lors de la souscription du contrat relatif à la présente notice d'information s'applique à tous les bénéficiaires de l'adhésion. Toute modification de garantie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires. Les modifications de garanties peuvent être demandées à tout moment, au minimum après un an d'adhésion, mais ne s'appliquent qu'à l'échéance principale suivante.

17.2 Nature des garanties

La garantie consiste à rembourser les frais de santé engagés par l'Assuré, en complément des prestations en nature « maladie – maternité - hospitalisation » proposées par le produit *FrancExpat* Santé de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

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).

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

- L'Hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- L'Hospitalisation et l'intervention chirurgicale. 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 est couvert en France en cas d'Hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute Hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur est requise, sauf en cas d'Hospitalisation d'urgence telle que définie à la Section 6 de la présente notice d'information.

Dans les autres cas, sont garantis les frais portant sur :

- les consultations et visites,
- les consultations de chiropracteurs, ostéopathes, physiothérapeutes, dûment habilités,
- les actes de pratique médicale courante et de spécialités prescrits par un médecin dûment habilité, reconnus par la Sécurité sociale française et par le Médecin Conseil de l'Assureur,
- les frais pharmaceutiques à condition que l'achat et le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin qualifié, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie,
- les actes de biologie médicale, actes de radiologie, orthopédie, Prothèses médicales,
- les vaccins,
- les Soins et Prothèses dentaires, l'Orthopédie dentofaciale (traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant bénéficiaire), interventions et traitements parodontiques,
- l'optique,
- la maternité.

Toutes les garanties sont détaillées au tableau des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

17.3 Montant des garanties

Le montant des garanties est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnable et de l'habituel et selon les modalités prévues ci-dessous.

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. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'Hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

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

Dans tous les cas, le remboursement maximum par an et par bénéficiaire ne peut excéder, par formule :

- **Base : 200 000€**
- **Confort : 500 000 €**
- **Luxe: 800 000 €**

17.4 Déclaration des sinistres

L'imprimé de déclaration est adressé au Délégué de gestion accompagné des pièces justificatives demandées par l'Assureur à ExpaTPA au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins (il en est de même en cas de formalité d'accord préalable au moyen de l'imprimé prévu à cet effet) :

ExpaTPA, 142 rue de Rivoli - 75001 Paris, France ou par email : contact@expatpa.com

Les copies, photocopies ou duplicatas de factures ne sont pas acceptés. Par exception, les copies scannées envoyées par email sont autorisées pour toute demande de remboursement dont le montant est inférieur à **500 euros par facture**. Dans ce cas, l'Assuré doit conserver les originaux pendant une durée de 24 mois à compter de la date de traitement. Pendant cette période, l'Assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

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

obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

IL EST PRÉCISÉ QUE L'ADHÉRENT QUI NE RÉPOND PAS AUX DEMANDES DE PIÈCES COMPLÉMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE, SAUF ACCORD DE L'ASSUREUR.

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

17.5 Pièces justificatives en cas de sinistre

Tout remboursement ne sera effectué qu'au vu de pièces originales dûment complétées et acquittées, ainsi que des factures originales relatives aux frais de soins exposés. Pour obtenir le remboursement des prestations garanties, l'Adhérent doit transmettre, en plus de l'accord préalable lorsque nécessaire :

- En cas d'Hospitalisation : Sauf accord de prise en charge passé entre le gestionnaire et l'établissement hospitalier, joindre les factures détaillées et notes d'honoraires attestant du montant de la dépense réelle ainsi que de la nature réelle des actes pratiqués.
- Pour les frais de Soins courants : les feuilles de soins ou les feuillets confidentiels intégralement complétés du numéro de contrat, signature, case Accident. Pour certains actes, il est nécessaire de joindre la prescription médicale (analyses, pharmacie même renouvelable, transports, etc.).
- Pour les frais de transport : le remboursement se faisant selon le principe de la plus stricte économie, les frais de transport sont remboursés sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche. Il s'effectue sur présentation d'une facture acquittée accompagnée de la prescription médicale (indiquant le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade) et d'un justificatif (bulletin de situation - soins en rapport).
Peuvent donner lieu à remboursement :
 - les transports Aller-Retour, liés à une Hospitalisation,
 - les transports en série, après accord préalable.
- Pour les fournitures d'optique : la prescription médicale et la facture détaillée acquittée.

- Pour la chirurgie au laser : la facture détaillée acquittée de l'ophtalmologue précisant la date et la nature exacte de l'intervention ainsi que le détail des honoraires perçus.
- Pour les frais dentaires : la facture détaillée acquittée.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

18 - Acceptation préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'accord préalable de l'Organisme assureur, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- Frais liés à une hospitalisation,
- Hospitalisation à domicile,
- Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation,
- IRM,
- Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie,
- Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur,
- Prothèses dentaires,
- Orthodontie,
- Prothèses médicales.

Sauf en cas d'Urgence (cf. Définitions), chaque admission en Hôpital doit être notifiée à l'Organisme assureur au moins deux (2) 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, l'Organisme assureur peut ne rembourser alors que **80 %** du montant du remboursement indiqué au tableau de garanties. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels s'appliquent **dans tous les cas**.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'Urgence. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Organisme assureur dans les 48 heures ou dès que possible en cas de force majeure.

LES REMBOURSEMENTS, Y COMPRIS LES MAXIMAS DEFINIS DANS LE TABLEAU DE GARANTIES, S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS EN NATURE SERVIES PAR LE PRODUIT FRANCEXPAT DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER ET SONT

EFFECTUES DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS.

19 – Limitation des frais remboursables

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

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

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

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

Section 4 – Risques et prestations exclues

20 – Risques exclus

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE LES FRAIS RESULTANT D'ACCIDENTS OU MALADIES :

- TOUS LES SOINS EN DEHORS DE LA FRANCE SAUF STIPULATION CONTRAIRE AU TABLEAU DE GARANTIES,
- QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DU BENEFICIAIRE ET CEUX QUI RESULTENT DE TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION VOLONTAIRE,
- SURVENANT OU CONTRACTES AU COURS DE TOUTES LES COMPETITIONS SPORTIVES AUTRES QUE CELLES DE PUR AMATEURISME, AINSI QUE LA CONSEQUENCE DE LA PRATIQUE DES SPORTS DANGEREUX TELS QU'ULM, LE DELTAPLANE, LE PARAPENTE, L'ALPINISME, LE PARACHUTISME, L'ESCALADE, LA VARAPPE, LES SPORTS DE COMBAT ET ARTS MARTIAUX, LA SPELEOLOGIE, LE SKELETON, LE SKI, LE SAUT A SKI, LE BOBSLEIGH, LE

- SAUT A L'ELASTIQUE, LE VOL A VOILE, LE RAFTING, LE JET SKI, LA PRATIQUE DU SCOOTER DES MERS,
- 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, OU SI ELLE EST APPELEE A EFFECTUER UNE MISSION D'ENTRETIEN OU DE SURVEILLANCE EN VUE DU MAINTIEN DE LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS AU BENEFICE DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE,
- DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES RIXES, SAUF LE CAS DE LEGITIME DEFENSE OU L'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER,
- UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.

21 – Prestations exclues

SONT EGALEMENT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- LES FRAIS ENGAGES AVANT LA PERIODE D'ENTREE EN VIGUEUR ET APRES CELLE DE LA CESSATION DES GARANTIES,
- LES FRAIS ENGAGES EN DEHORS DE LA FRANCE,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET MAISON DE CONVALESCENCE SAUF SI CE SEJOUR EST CONSECUTIF A UNE HOSPITALISATION OU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE GRAVE APPRECIEE PAR LE MEDECIN DE L'ASSUREUR,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN ETABLISSEMENTS POUR ALCOOLIQUES OU TOXICOMANES (OU ETABLISSEMENTS ASSIMILES),
- LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT RELATIFS A UN SEJOUR EN ETABLISSEMENT DE POSTCURE (OU ETABLISSEMENT ASSIMILE),
- LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT RELATIFS A UN SEJOUR EN ETABLISSEMENT DE REEDUCATION OU D'EDUCATION PROFESSIONNELLE (OU ETABLISSEMENT ASSIMILE),
- LES FRAIS AYANT POUR BUT DE REMEDIER A TOUTES ANOMALIES OU MALFORMATIONS CONGENITALES, SAUF POUR LES ENFANTS NES APRES LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES,
- L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, SAUF SI MEDICALEMENT JUSTIFIEE,
- LES FRAIS DE CURES THERMALES,

- LES FRAIS ANNEXES TELS QUE LE TELEPHONE EN CAS D'HOSPITALISATION OU LES FRAIS JUGES SOMPTUAIRES, DERAISONNABLES OU INHABITUELS ENGAGES,
- TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE (TELLE QUE LE DENTIFRICE, CREMES POUR LE VISAGE, SAVONS, PARFUMS, COTON, SHAMPOOING),
- LES SERVICES OU FOURNITURES QUI NE SONT PAS INDISPENSABLES AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DE LA MALADIE,
- LES ACTES SOUMIS A « ACCORD PREALABLE » POUR LESQUELS L'ACCORD N'AURAIT PAS ETE DEMANDE OU REFUSE,
- LES FRAIS MEDICAUX SURVENUS EN DEHORS DU PAYS D'EXPATRIATION ET DE LA FRANCE,
- LES FRAIS DE SEJOUR DANS UN CENTRE PSYCHIATRIQUE AVEC LE NIVEAU DE GARANTIE « BASE »,
- LES FRAIS LIEES A LA CHIRURGIE ESTHETIQUE.

LES FRAIS MEDICAUX JUGES SOMPTUAIRES, DERAISONNABLES OU INHABITUELS, PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU D'UNE LIMITATION DU MONTANT DE LA GARANTIE.

Section 5 – Les cotisations

22 – Calcul et règlement des cotisations par l'Adhérent

22.1 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent

Les cotisations sont dues par l'Adhérent, et sont définies par personne assurée en fonction de la formule de garanties choisie et de l'âge de l'Adhérent. Les classes d'âges se répartissent de la manière suivante : jusqu'à 20 ans inclus puis à partir de 21 ans jusqu'à 70 ans inclus.

Les cotisations sont payables d'avance en euros (€) à l'Association souscriptrice ou son représentant par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin individuel d'adhésion ou par virement, carte bancaire sur internet, ou par chèque. Le montant de la cotisation est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Le montant de la cotisation de la première année est calculé en mois entier *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

22.2 Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au contrat, objet de la présente notice d'information 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, la radiation de son adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

22.3 Révision

Révision 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.

Indexation des cotisations

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques « débours des ménages », « Mutuelles et Assurances privées »).

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Assureur, celle-ci doit être notifiée par l'Assureur à l'Association **trois (3) mois avant la date d'échéance annuelle**.

L'Association souscriptrice ou son représentant, doit notifier les nouveaux montants de cotisations à l'Adhérent **deux (2) mois avant leur entrée en vigueur**.

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son adhésion à l'Association souscriptrice par lettre recommandée **dans un délai de deux (2) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice**. La résiliation prendra effet à la date d'échéance annuelle du contrat, objet de cette notice.

Section 6 – Les définitions

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

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Membre participant et/ou son Conjoint provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

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

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré : 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 inscrits au contrat relatif à la présente notice d'information.

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

Assureur : l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFP Révoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat.

Association souscriptrice : la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Adhérents. Il s'agit de **l'Association Santé Monde** », 19 Rue La Boétie, 75 008 PARIS, France.

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

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS): tarif fixé par convention signée entre le praticien ou certains établissements dispensant des actes médicaux (hôpitaux, cliniques), et la Sécurité sociale, servant de base aux remboursements effectués par cet organisme.

Concubin : 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).

Conjoint : 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 est assimilé au Conjoint.

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

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

Accord préalable : formalité qui soumet le remboursement de certains soins à l'accord préalable du Médecin Conseil de l'Assureur.

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

Franchise : frais à la charge de l'Assuré dont le montant doit être déduit de la somme remboursable.

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. Maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

Hospitalisation : séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une Maladie, un Accident ou une maternité.

Hospitalisation d'urgence : séjour de plus de 48 heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'Urgence : non programmée et ne pouvant être reportée.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Maladie : altération de la santé ou état pathologique constaté par une autorité médicale compétente.

Maladie inopinée (en France et Pays d'expatriation) : toute altération de la santé médicalement constatée,

soudaine et imprévisible.

Médicaments prescrits : désignent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

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

Partenaire de Pacs : personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité en cours de validité et 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 : pays figurant sur le passeport des bénéficiaires et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur le bulletin d'affiliation.

Pays d'expatriation : le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Assuré réside.

Prothèse médicale : appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Prothèses dentaires : soins prothétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, 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.

Soins dentaires : comprend un bilan dentaire annuel, des plombages simples liés aux caries ou une dévitalisation dentaire.

Soins courants : frais exposés pour une Maladie ou un Accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une Hospitalisation et qui donnent lieu à remboursement par la CFE.

Traitement dentaire d'urgence suite à un accident : le traitement doit être administré dans les quinze (15) jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Urgence : terme utilisé en cas d'Accident ou d'apparition d'une Maladie nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention

de l'Adhérent. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou une Hospitalisation intervenant dans les 24 heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

Traitement de la stérilité/infertilité : sont couvertes les dépenses relatives au traitement de la stérilité de l'Assuré(e) âgée de moins de 43 ans à la date de la tentative dans la limite d'un plafond indiqué au tableau de garanties. **Les dépenses relatives au don de sperme ou d'ovules ne sont pas couvertes, tout comme les dépenses dans le cadre du recours à une mère porteuse.** Un accord préalable du médecin-conseil de l'Assureur est requise dans tous les cas.

Vaccinations : immunisations ou injections requises par les Autorités Sanitaires du Pays d'expatriation ou d'origine. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

Tableau des garanties complément produit FrancExpat – Soins en France (y compris les remboursements CFE)

EN FRANCE			
	Base	Confort	Luxe
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Hospitalisation médicale	125% BR ¹ Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Hospitalisation chirurgicale	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Hospitalisation de jour	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Hospitalisation liée à des maladies redoutées (cancer, sida, AVC)	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Tout traitement durant l'hospitalisation	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Hospitalisation psychiatrique	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Rééducation suite à hospitalisation	125% BR Accord préalable Max 30 jours	250% BR Accord préalable Max 45 jours	350% BR Accord préalable Max 60 jours
Chambre particulière	Max 40 euros /jour	Max 100 euros /jour	Max 200 euros /jour
Lit d'accompagnement pour enfant	Max 30 euros /jour	Max 50 euros /jour	Max 80 euros /jour
Hospitalisation de jour	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Hospitalisation à domicile	125% BR Accord préalable	250% BR Accord préalable	350% BR Accord préalable
Consultations externes liées à l'hospitalisation (avant et après)	100% BR	250% BR	350% BR
Transport en ambulance lié à l'hospitalisation	100% BR	100% BR	100% BR
Etablissement non conventionné	80% de la BR	80% de la BR	80% de la BR
MATERNITÉ			
Accouchement médical et chirurgical (Soins liés à la maternité : voir « Soins ambulatoires »)	Non couvert	1 ^{ère} année : 500€ dans la limite des Frais réels 2 ^{ème} année : 250% BR	1 ^{ère} année : 1000 € dans la limite des Frais réels 2 ^{ème} année : 350% BR
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 couvert	1 ^{ère} année : 500 €/FIV 2 ^{ème} année : 1000€/FIV Maximum 4 FIV sur toute la durée de vie du contrat	1 ^{ère} année : 800 €/FIV 2 ^{ème} année : 1600€/FIV Maximum 4 FIV sur toute la durée de vie du contrat
Séances pré et post accouchement	Non couvert	Max 10 séances Max 40 euros la séance	Max 14 séances Max 50 euros la séance
SOINS AMBULATOIRES			
Honoraires médicaux / consultations et visites			
- généraliste	Max 30 euros par acte	Max 50 euros par acte	Max 120 euros par acte
- spécialiste	Max 45 euros par acte	Max 70 euros par acte	Max 220 euros par acte
- psychiatre	Non couvert	Maxi 6 séances/an 150€/acte 150% BR	Maxi 12 séances/an 240€/acte 250% BR
Soins liés à la maternité	Non couvert	Accord préalable	Accord préalable
Auxiliaires médicaux	Max 30 euros par acte	Max 50 euros par acte	Max 70 euros par acte
Pédicures podologues, orthophonie, orthoptie	Accord préalable au-delà de 10 séances	Accord préalable au-delà de 10 séances	Accord préalable au-delà de 10 séances
Soins infirmiers, kinésithérapie	100% BR	125% BR	150% BR
Médecines douces sous réserve d'un accord préalable			
Acupuncture, chiropractie, homéopathie, ostéopathie	Non couvert	Max 50 euros/acte	Max 80 euros/acte

¹ Voir définitions

Phytothérapie, médecine chinoise	Non couvert	Max 300 euros/an/personne	Max 500 euros/an/personne
Analyses/ radiologies			
y compris imagerie médicale (IRM, scanner)	100% BR	150 % BR	250 % BR
Autres actes médicaux hors établissements hospitaliers	100% BR	150 % BR	250 % BR
Pharmacie			
y compris vaccins remboursés par la C.F.E.	100% BR	100 % BR	100 % BR
Bilans de santé			
Tous les 5 ans + prévention dépistage	100% BR	150 % BR	250 % BR
Appareillages et prothèses			
Appareillages et prothèses autres que dentaires	Max 100 euros/prothèse Suite accident avec hospitalisation : 200 euros /prothèse	Max 200 euros/prothèse Suite accident avec hospitalisation : 400 euros /prothèse	Max 500 euros/prothèse Suite accident avec hospitalisation : 800 euros /prothèse
OPTIQUE ET DENTAIRE			
Optique			
Verres simples et monture	Max 200 euros/an/personne	Max 300 euros/an/personne	Max 400 euros/an/personne
Verres complexes et monture	Max 400 euros/an/personne	Max 600 euros/an/personne	Max 800 euros/an/personne
Lentilles y compris jetables	Max 100 euros/an/personne	Max 200 euros /an/personne	Max 350 euros /an/personne
Chirurgie réfractive	Max 500 euros/œil	Max 800 euros/œil	Max 1 200 euros/œil
Dentaire			
Soins et Prothèses dentaires	200 euros/dent la 1ère année, Max 600 euros/an/personne 250 euros/dent à partir de la 2ème année Max 1250 euros/an/personne	300 euros/dent la 1ère année, Max 900 euros/an/personne 350 euros/dent à partir de la 2ème année Max 1750 euros/an/personne	550 euros/dent la 1ère année, Max 2000 euros/an/personne 600 euros/dent à partir de la 2ème année Max 3000 euros/an/personne



MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13