

neoTempo

// NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

SOMMAIRE

1.	/ PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH ET OBJET DU CONTRAT	2
1.1.	/ PRESENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH)	2
1.2.	/ OBJET DU CONTRAT	2
1.3.	/ DIFFERENTS NIVEAUX DE COUVERTURE ET D'OPTIONS	3
1.4.	/ ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT	3
1.5.	/ ZONES D'EXCLUSIONS DE COUVERTURE (ZONE ROUGE)	3
2.	/ DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ	4
3.	/ GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL	10
3.1.	/ TABLEAU DES GARANTIES (HORS HOSPITALISATION ET SOINS AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA) 10	
3.2.	/ GARANTIES SANTE POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA	14
4.	/ EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT)	16
5.	/ REMBOURSEMENTS	19
6.	/ MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	21
6.1.	/ VOTRE CONTRAT	21
6.2.	/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT	21
6.3.	/ LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT	26
7.	/ DISPOSITIONS DIVERSES	28
7.1.	/ INFORMATIONS LEGALES	28
7.2.	PROCEDURES DE RECLAMATION ET SERVICE DE MEDIATION	29
7.3.	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	29
7.4.	DEMATÉRIALISATION DES ECHANGES RELATIFS A L'ADHESION AU CONTRAT	31
7.5.	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	32
7.6.	JURIDICTION	32
7.7.	CAS DE FORCE MAJEURE	32
7.8.	RESPONSABILITE	32
7.9.	COMMUNICATION AVEC LES AYANTS DROIT	33
8.	/ ACCÈS A VOS CONTACTS	34
9.	ANNEXE : LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE	35

1. / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH ET OBJET DU CONTRAT

1.1. / PRESENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH)

Vous avez choisi une couverture d'assurance santé Internationale souscrite par L'Association of Services for Expatriates (ASFE), auprès de Groupama Gan Vie et gérée par MSH et nous vous en remercions.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901. Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier, en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. L'ASFE sera ci-après dénommée « ASFE » ou « l'Association contractante ».

MSH, Gestionnaire des contrats ASFE dans le cadre de la délégation de gestion consentie par leur assureur, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 700 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le Monde. MSH met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. MSH sera ci-après dénommé « MSH », « le Gestionnaire », « l'Organisme Gestionnaire » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Les contrats neoTempo sont souscrits auprès de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ci-après dénommée « L'Assureur ».

1.2. / OBJET DU CONTRAT

Les Contrats d'assurance neoTempo sont des contrats dit « de groupe ouvert ».

Les contrats neoTempo proposent une couverture :

- au 1^{er} euro ou au 1^{er} dollar,
- ou
- en complément des prestations de la Caisse des Français de l'Étranger – CFE accordant une couverture dans le pays d'expatriation, à l'**exclusion de tout autre régime de protection sociale**, sous réserve d'une adhésion pour une durée minimale initiale (hors reconduction) de douze (12) mois.

Ils ont pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de Prestations, pendant la période de couverture, en remboursement des frais de santé engagés par un membre Adhérent de l'ASFE vivant de façon temporaire, hors de son Pays d'origine, dans un cadre privé ou professionnel, ainsi que par ses éventuels Ayants droit ci-après définis, résidant ou non dans le même pays étranger, s'ils sont inscrits à l'adhésion au contrat.

Selon votre situation, vous adhérez à l'un des contrats neoTempo souscrits par l'ASFE. Votre adhésion à l'un de ces contrats sera ci-après désignée sous le terme « Votre adhésion ». Vous et vos éventuels ayants droit inscrits au contrat serez ci-après dénommés « Assuré ».

Chaque contrat propose trois (3) niveaux de couverture (se reporter au paragraphe 1.3/ **Différents niveaux de couverture et d'options** et prévoit une garantie de base HOSPITALISATION qui peut être complétée par des garanties optionnelles.

Les contrats comportent également des **zones** de couverture (se reporter au paragraphe 1.4/ **Zones de couverture du contrat**.

Les contrats neoTempo sont numérotés comme suit :

neoTempo 1er € USA - Formule BASIC	0210/670381/10010
neoTempo 1er € USA - Formule REGULAR	0210/670381/10020
neoTempo 1er € USA - Formule PLUS	0210/670381/10030
neoTempo 1er US\$ USA - Formule BASIC	0210/670381/55510
neoTempo 1er US\$ USA - Formule REGULAR	0210/670381/55520
neoTempo 1er US\$ USA - Formule PLUS	0210/670381/55530
neoTempo CFE USA - Formule BASIC	0210/670381/20010
neoTempo CFE USA - Formule REGULAR	0210/670381/20030
neoTempo CFE USA - Formule PLUS	0210/670381/20040
neoTempo 1er € Hors USA - Formule BASIC	0210/672462/10010
neoTempo 1er € Hors USA - Formule REGULAR	0210/672462/10020
neoTempo 1er € Hors USA - Formule PLUS	0210/672462/10030
neoTempo 1er US\$ Hors USA - Formule BASIC	0210/672462/55510
neoTempo 1er US\$ Hors USA - Formule REGULAR	0210/672462/55520
neoTempo 1er US\$ Hors USA - Formule PLUS	0210/672462/55530
neoTempo CFE Hors USA - Formule BASIC	0210/672462/20010
neoTempo CFE Hors USA - Formule REGULAR	0210/672462/20030
neoTempo CFE Hors USA - Formule PLUS	0210/672462/20040
neoTempo 1er € FRANCE - Formule BASIC	0329/672462/14010
neoTempo 1er € FRANCE - Formule REGULAR	0329/672462/14020
neoTempo 1er € FRANCE - Formule PLUS	0329/672462/14030

Dans le cadre de l'adhésion, vos garanties Santé sont systématiquement complétées par des garanties d'assistance médicale.

Chubb, entreprise régie par le code des Assurances, garantit les Prestations d'Assistance et Europ Assistance, entreprise régie par le code des Assurances, les exécute.

Les contrats proposent ainsi une offre très complète et modulable adaptée aux besoins de chacun.

1.3. / DIFFERENTS NIVEAUX DE COUVERTURE ET D'OPTIONS

Au sein de chaque contrat, trois (3) niveaux de couverture sont possibles (BASIC, REGULAR et PLUS) accordant des niveaux de prestations croissants, étant précisé que le niveau de couverture que vous retenir s'applique à l'ensemble de vos ayants droit inscrits à votre adhésion et à l'ensemble des garanties prévues ci-après :

- une (1) garantie de base dénommée HOSPITALISATION relative à la prise en charge des frais d'hospitalisation,
- une (1) garantie optionnelle dénommée MEDECINE COURANTE relative à la prise en charge des soins courants (y compris la médecine ambulatoire, la pharmacie, l'appareillage et les prothèses médicales),
- une (1) garantie optionnelle dénommée OPTIQUE ET DENTAIRE relative à la prise en charge des frais d'optique et soins et prothèses dentaires,
- Une (1) garantie optionnelle dénommée PREVENTION relative à la prise en charge des frais de vaccins et des soins préventifs antipaludéens.

Précisions :

- Les trois (3) garanties optionnelles sont indépendantes les unes des autres et peuvent être souscrites ensemble ou séparément, en complément de la garantie de base HOSPITALISATION.
- L'Adhérent devra toujours choisir la même formule (soit BASIC, soit REGULAR, soit PLUS) pour l'ensemble des garanties retenues (GARANTIE HOSPITALISATION et GARANTIES OPTIONNELLES).
- Les garanties optionnelles, lorsqu'elles sont retenues par l'Adhérent, s'appliquent également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits sur le Certificat d'adhésion.
- L'Adhérent qui souscrit une ou plusieurs garanties optionnelles n'aura la possibilité de la ou les résilier que sous réserve d'y avoir adhéré douze (12) mois minimum.

1.4. / ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT

La zone géographique de couverture est déterminée, en fonction du pays étranger de résidence principale de l'Adhérent. Les garanties sont acquises dans ce pays de résidence principale et dans la zone géographique de couverture associée.

Moyennant le paiement de la Cotisation correspondante, l'Adhérent peut opter pour lui-même et ses éventuels ayants droit pour une Zone de couverture sélectionnée plus élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale. Il ne peut en revanche à l'inverse opter pour une Zone de couverture sélectionnée moins élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale.

Il est précisé que les garanties sont également acquises dans le pays d'origine de l'adhérent, s'il est dans la zone géographique de couverture. **Cependant, cette disposition n'est pas applicable si le pays d'origine est les USA ou un territoire relevant des USA tel que listés ci-après.**

Le contrat prévoit 5 Zones de couverture différentes, définies comme suit :

- **Zone 5 :** USA et territoires relevant des USA (Porto Rico, Îles Vierges des Etats-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines), ainsi que les pays des Zones 1, 2, 3 et 4
- **Zone 4 :** Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Suisse et Singapour ainsi que les pays des Zones 1, 2 et 3
- **Zone 3 :** Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie, Russie et Vanuatu, ainsi que les pays des Zones 1 et 2
- **Zone 2 :** Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna, ainsi que les pays de la Zone 1
- **Zone 1 :** Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5

1.5. / ZONES D'EXCLUSIONS DE COUVERTURE (ZONE ROUGE)

Il est précisé qu'en fonction de la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères français, la couverture est accordée ou maintenue, sous réserve des dispositions suivantes :

- Lors de l'adhésion au contrat, celle-ci sera refusée si le pays ou la zone est fortement déconseillé(e)s (zone rouge) par le ministère des affaires étrangères français.
- En cours d'adhésion, si un pays ou une zone est classifié(e) fortement déconseillé(e)s (zone rouge) par le ministère des affaires étrangères français, la couverture demeure accordée, excepté si le pays ou la zone classifié(e) « zone rouge » par le ministère n'est ni le pays d'expatriation ni le pays d'origine de l'adhérent. Dans ce cas, l'adhésion est suspendue pendant toute la durée du déplacement dans la zone rouge, y compris pour les soins d'hospitalisation ou à prodiguer d'urgence.

La liste des pays ou zones varie et est mise à jour régulièrement par le ministère des affaires étrangères français.

2. / DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ

Vous trouverez ci-dessous les définitions des termes utilisés dans ce document (Notice d'information valant Conditions Générales).

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, et être sujets à un diagnostic et requérir des soins. L'accident doit être constaté par une autorité compétente (autorités médicales, forces de police, pompiers, ...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.

Il appartient à l'Assuré d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Accord préalable : La prise en charge par l'assureur de certains types de frais, de soins ou de Prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série (par exemple les séances de kinésithérapie), les traitements onéreux ou les Prothèses de toute nature, est subordonnée à un accord préalable du médecin conseil de l'assureur.

Avant d'engager les soins, la personne assurée doit faire compléter par le praticien qui a prescrit ces actes, une demande d'accord préalable qu'elle transmettra accompagnée d'un devis détaillé, afin de préalablement et obligatoirement demander et disposer de l'accord de l'assureur ou du Gestionnaire pour obtenir leur prise en charge effective. Les frais concernés figurent au tableau des garanties.

Adhèrent : Personne physique, âgée de moins de soixante-six (66) ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

L'adhérent adhère au contrat pour lui-même ou pour lui-même et ses ayants droit. Le cas échéant, l'adhérent peut agir en tant que représentant légal d'une personne assurée (enfant mineur âgé de 10 ans minimum).

Âge : L'âge est calculé par différence de millésime.

Aides auditives (audioprothèses) : Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. **Est uniquement pris en charge dans le cadre de l'adhésion au contrat, le remplacement des aides auditives.**

An (par an) : La mention « par an » utilisée dans les tableaux des garanties signifie « par année d'assurance ».

Analyses : Examens y compris les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés ou dans le cadre du suivi de la pathologie.

Analyses médicales et examens de laboratoire : Ensemble des actes (prélèvements, analyses...) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale

Année d'assurance : En fonction de la durée totale de l'adhésion y compris ses éventuelles reconductions (cf. Définition Durée d'adhésion/d'assurance totale), l'Année d'assurance couvre la période allant de la Date d'effet de l'Adhésion (indiquée au certificat d'adhésion) jusqu'au :

- terme de sa ou ses éventuelles reconductions, si la durée totale d'adhésion/d'assurance est inférieure ou égale à douze (12) mois.
- 365^{ème} jour suivant cette date (date anniversaire), si la durée totale d'adhésion/d'assurance est supérieure à douze (12) mois.

Appel de cotisation : Un Appel de cotisation (également parfois appelé avis d'échéance) est un document qui vous indique le montant de vos Cotisations d'assurance et la période couverte. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement des Cotisations d'assurance s'effectue.

Association contractante : ASFE. Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses Adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

Assuré ou bénéficiaire : Désigne de manière générique l'Adhèrent et ses Ayants droit inscrits au contrat qui bénéficient des garanties du contrat. Il reçoit la Prestation couverte par l'Assureur au titre d'un sinistre déclaré et garanti par le contrat d'assurance. Dans le contrat, les assurés/bénéficiaires sont également désignés par le terme « Vous ».

Assureur : Dans le contrat, Groupama Gan Vie, entreprise régie par le code des assurances, est l'Assureur des garanties d'assurance du contrat.

Attestation d'assurance : Document ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes : nom de l'Adhèrent, noms des Ayants droit inscrits à l'adhésion au contrat, Date d'effet de l'adhésion et des garanties, numéro et type d'adhésion souscrite, Durée de l'adhésion, Assureur du contrat, garanties et Zone de couverture sélectionnée.

Ayant(s) droit : Peuvent être considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits à l'adhésion au contrat : le Conjoint, Partenaire d'un pacte civil de solidarité ou Concubin de l'Adhèrent et Enfant(s) à charge tels que définis au présent article.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité et autorisée à exercer dans les spécialisations qui sont les siennes dans le pays où l'assuré se trouve.

Auxiliaire médical : Professionnel de santé diplômé qui exerce une profession paramédicale et qui est titulaire d'un diplôme de sa spécialité en état de validité et officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les actes sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à sa pratique. Les auxiliaires médicaux sont les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes.

Certificat d'adhésion : Document unique, édité uniquement à l'adhésion, annexé à la présente notice d'information, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhèrent et précise, outre les nom et adresse de l'Adhèrent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion, la Zone de couverture sélectionnée et la Cotisation correspondante. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières de l'adhésion au contrat.

Certificat de radiation : Document fourni afin d'attester de la fin de l'adhésion au contrat. Ce certificat est généralement demandé par votre nouvel organisme d'assurance santé si l'Adhèrent change de contrat d'assurance santé.

CFE : Caisse des Français de l'Étranger, organisme français de sécurité sociale, qui a pour vocation et mission d'assurer les expatriés dans le monde entier.

Chambre d'hôpital : Prestation proposée par les hôpitaux, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans :
- une chambre individuelle (chambre particulière),

- une chambre pour 2 personnes seulement (chambre semi-particulière)
- ou une chambre pour 3 personnes et plus (chambre partagée).

Les chambres de luxe, VIP et les suites ne sont pas couvertes.

Chirurgie ambulatoire : Chirurgie réalisée dans un hôpital, le patient arrivant et repartant le même jour.

Chirurgie dentaire : Procédure chirurgicale dentaire avec anesthésie incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, pratiquée dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue. **La chirurgie dentaire est garantie dans le cadre des garanties optionnelles « Optique et Dentaire ».**

Concubinage : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

Concubin : Personne âgée de moins de soixante-six (66) ans à la date d'adhésion, vivant en Concubinage avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si : l'Adhérent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS). **En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.**

Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

Condition médicale préexistante : Les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection, infection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(s) avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au contrat. **Une pathologie préexistante n'est pas garantie.**

Conjoint : Personne mariée avec l'adhérent non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle, partageant le même domicile que l'Adhérent, et âgé de moins de soixante-six (66) ans à la date d'adhésion.

Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

Contrat au 1^{er} Euro/Dollar : Contrat dont le remboursement des frais de santé se fait dès le 1^{er} euro/dollar dépensé (dans la limite des garanties souscrites), c'est à dire sans l'intervention d'un quelconque organisme de base (comme un régime de protection sociale).

Contrat d'assurance de groupe ouvert : Concerne les contrats d'assurance dont l'adhésion est ouverte à titre individuel et facultatif. Les personnes se réunissent alors en groupe à travers une Association contractante, et souscrivent une adhésion au contrat d'assurance.

Cotisation : Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

Coûts usuels et raisonnables « CUR » : Ne sont considérés comme Coûts usuels et raisonnables et donc remboursés que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement ou la prestation spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues.

Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

L'abréviation CUR sera utilisée dans la présente notice d'information valant conditions générales pour faciliter la lecture.

Attention : Certains établissements hospitaliers, comme l'Hôpital Américain de Paris en France, le Mount Elizabeth Hospital, le Mount Elizabeth Novena et le Gleaneagles Hospital à Singapour, le Bumrungrad International Hospital en Thaïlande, les établissements QuironSalud et HM Sanchinarro en Espagne, l'Hôpital international Acibadem en Turquie, le Clémenceau Medical Center au Liban, l'Aspetar Hospital au Qatar et l'Hôpital Albert Einstein au Brésil, l'Hôpital ABC Observatorio, l'Hôpital ABC Santa Fe et l'Hôpital Angeles Metropolitan à Mexico, le North Shore University Hospital à Manhasset (NY), the Mount Sinai Hospital à New York, le Cedars-Sinai Medical Center à Los Angeles (CA) et le Northwestern Memorial Hospital à Chicago (IL) pratiquent une tarification d'un montant généralement largement supérieur aux coûts usuels et raisonnables.

En cas d'hospitalisation ou de soins pratiqués au sein de ce type d'établissement, l'assureur attire votre attention sur le fait que vous serez pris en charge à hauteur des coûts usuels et raisonnables déterminés par l'assureur.

En conséquence, une part importante des dépenses est susceptible de rester à votre charge.

Couverture et risques garantis : la couverture est acquise :

- dans la Zone de couverture retenue,

et

- pour tous les soins et traitements consécutifs à un Accident, une Maladie, une Maladie inopinée soudaine et imprévisible ou une Urgence médicale,

ainsi que :

- dans les zones de couverture supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, à l'occasion d'un voyage à titre professionnel ou touristique (à l'exclusion d'un voyage pour raison médicale, c'est-à-dire effectué dans le but de recevoir des soins médicaux spécifiques) d'une durée maximale de trente (30) jours,

et

- uniquement pour les soins et traitements d'urgence consécutifs à un Accident, à l'apparition d'une Maladie inopinée soudaine et imprévisible ou une Urgence médicale, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à la dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de la personne concernée.

Les soins dispensés doivent démarrer dans la période de vingt-quatre (24) heures suivants l'événement déclencheur.

Un seul voyage en dehors de la zone de couverture retenue, d'une durée maximale de trente (30) jours, sera pris en considération par l'assureur par an et par personne garantie.

Date anniversaire - date de reconduction annuelle : Chaque date d'anniversaire de l'adhésion au contrat, au terme de 365 jours continus d'assurance à compter de la date d'effet de l'adhésion (indiquée au Certificat d'adhésion).

Date d'effet de l'adhésion : Date spécifiée dans le Certificat d'adhésion à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet.

Date d'effet des garanties : Date à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet, après application des Délais de carence.

Date de reconduction : L'adhésion peut être reconduite à chacune de ses dates termes prévues au Certificat d'adhésion pour un (1) mois minimum et dans la limite de trente-six (36) mois au total.

Date de résiliation : Date à laquelle les garanties prévues au contrat d'assurance prennent fin (date terme de l'adhésion prévue au certificat d'adhésion ou résiliation à l'initiative de l'Adhérent, de l'Assureur ou de l'Association contractante [voir article 5.2/

LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation)).

Délai de carence / délai d'attente : Période définie au contrat et reprise dans le Tableau des garanties, pendant laquelle l'adhésion est en vigueur et les garanties ne le sont pas encore. **Aucune prestation n'est versée pendant ce délai.**

Délai de renonciation : Un Délai de renonciation est accordé à une personne qui vient d'adhérer à un contrat d'assurance à adhésion facultative. Un Adhérent peut ainsi revenir sur sa décision de souscrire au contrat d'assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (voir article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT p.21 au chapitre ANNULER L'ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DÉLAI DE RENONCIATION)

Demande d'adhésion : Désigne le document matérialisant la Demande d'adhésion de l'Adhérent au contrat, et toute autre déclaration faite par l'Adhérent principal pour lui-même et ses éventuels Ayants droit listés dans la Demande d'adhésion.

Demande d'accord préalable : Formulaire que l'assuré fait compléter par son médecin ou rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas qu'elle transmet accompagné d'un devis détaillé et chiffré afin d'obtenir l'accord préalable de l'assureur ou du gestionnaire avant d'engager certains types de frais, de soins ou de prestations comme indiqué au tableau des garanties

Dentaire : Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : l'ensemble des soins dentaires incluant le bilan dentaire annuel, les dévitalisations, le détartrage, le scellement des sillons, le traitement d'une carie (amalgame), l'application de fluor, la radiologie dentaire, à l'exclusion des actes de blanchiment dentaire, les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie... **Seuls les soins dentaires courants sont garantis dans le cadre des garanties optionnelles « Optique et Dentaire ».**

Domicile commun : Lieu de résidence habituel dans le pays d'expatriation.

Pour le conjoint, partenaire ou concubin de l'Adhérent, tous documents attestant du domicile commun devront être fournis à l'assureur. La preuve de l'existence du domicile commun est rapportée en produisant toutes pièces libellées au nom de l'Adhérent ou de son conjoint, partenaire ou concubin, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif datées de moins de trois (3) mois et faisant mention du domicile telles que contrat de bail, factures, relevé bancaire, avis d'imposition.

Durée d'adhésion/d'assurance totale : Période de couverture totale de l'adhésion au contrat (y compris la ou les reconductions éventuelles sur demande de l'Adhérent), d'une durée minimale de trois (3) mois et maximale de trente-six (36) mois.

Cette période de couverture commence à la date d'effet de l'adhésion (indiquée au certificat d'adhésion) et se termine à la date de cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 6.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation).

Enfant à charge : Sera considéré comme à charge, l'enfant de l'Adhérent, de son Conjoint, Partenaire ou Concubin **se trouvant dans le même pays étranger ou dans la même zone géographique que l'adhérent :**

- *Dans le cadre d'une adhésion au contrat au 1^{er} Euro/Dollar :* âgé de moins de vingt-six (26) ans, s'il poursuit des études et est inscrit à l'adhésion au contrat,
- *Dans le cadre d'un contrat en complément d'un régime de base :* âgé de moins de vingt (20) ans, s'il poursuit des études et est inscrit à l'adhésion au contrat.

Dans tous les cas, pour les enfants âgés de dix-huit (18) ans et plus, qui poursuivent des études et sont inscrits à l'adhésion au contrat comme Ayants droit, un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité au titre de l'année concernée est requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire ou universitaire.

Équipement et appareillage médicaux : Tout matériel, équipement ou appareil médical prescrit aidant à la vie ou à la fonction ou la capacité de la personne assurée ou nécessaires à certains traitements, tel que membre artificiel, béquille, fauteuil roulant, semelle orthopédique. Cette définition n'inclut ni les prothèses dentaires ni les appareillages d'orthodontie ni les appareillages optiques ou auditifs.

Étranger : Tout pays du monde en dehors du Pays d'origine de l'adhérent.

Expatriation : Est en expatriation, la personne en mobilité internationale en dehors de son pays d'origine.

Gestionnaire du contrat (organisme gestionnaire) : Désigne MSH, société française de courtage d'assurance, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, qui gère les contrats souscrits par ASFE.

Grefe d'organe : Intervention chirurgicale qui consiste à effectuer une greffe de tissus ou d'organe (tout ou partie), cœur, poumon, foie, pancréas, rein, moelle osseuse, thyroïde, parathyroïde, os, muscle, cornée. **La garantie ne couvre pas les frais pour l'acquisition de l'organe.**

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un hôpital ou dans un cabinet (y compris téléconsultation). Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sage-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Hôpital : Désigne un établissement de soins ou une institution médicale qui est enregistré(e) ou agréé(e) en tant qu'Hôpital médical ou chirurgical au titre de la réglementation locale dans le pays dans lequel il se situe et où l'Assuré est soigné ou sous la surveillance d'un Médecin ou d'une infirmière qualifié(e). **Ne peuvent prétendre au titre d'Hôpitaux les établissements suivants : cabinets médicaux, centres de cure, de remise en forme, centres thermaux ou de thalassothérapie, maisons de repos, maisons de retraite, maisons de convalescence, les hospices et les établissements accueillant les personnes âgées.**

Hospitalisation (24 heures et plus) : Séjour de vingt-quatre (24) heures et plus et comportant au moins une nuitée, dans un Hôpital en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une infection.

Hospitalisation de jour (hospitalisation ambulatoire) : Soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation de moins de vingt-quatre (24) heures (admission de jour) au sein d'un Hôpital ou un centre médical, comprenant l'usage d'une chambre d'Hôpital et les soins infirmiers, mais ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

Hospitalisation d'urgence : Soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation consécutive et commençant dans les vingt-quatre (24) heures qui suivent un accident ou une maladie inopinée, entraînant un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence au sein d'un Hôpital ou un centre médical,

Hospitalisation à domicile : Soins administrés au domicile du patient, comme une alternative à l'hospitalisation classique, avec au minimum le passage d'une infirmière une fois par jour, soumis à l'accord du service médical/entente préalable

Imagerie médicale : L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser, tomographie...

Kinésithérapie : Ensemble des soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un Médecin a été délivrée avant le début du traitement. La couverture est limitée au nombre de séances et au plafond de remboursement

spécifique à ce poste, tels qu'indiqué sur le Tableau des Garanties. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra être produit. La kinésithérapie exclut certains traitements dont la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages de bien-être, le Rolfing et la thérapie MILTA ainsi que toutes autres méthodes non reconnues par la communauté médicale scientifique.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie inopinée (ou soudaine) : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, présentant un caractère soudain et imprévisible et nécessitant l'intervention impérative d'un médecin sous quarante-huit (48) heures.

Le caractère soudain et imprévisible doit être reconnu par le médecin conseil de l'assureur.

Maternité : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La Maternité n'est considérée ni comme une Maladie, ni comme un Accident. **La maternité n'est pas couverte dans le cadre de l'adhésion au contrat** (c'est à dire les frais relatifs à la maternité comme les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie, les soins pré et postnataux, les séances de préparation à l'accouchement, les diagnostics de maladies chromosomiques, les soins de routine du nouveau-né...).

Médecin : Professionnel de santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine en cours de validité autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée, qui n'est pas membre de la famille d'une personne couverte en vertu de ce contrat.

Médecin conseil : Médecin attaché à un organisme public ou privé (compagnie d'assurances, caisse d'assurance Maladie etc.) chargé de donner à celui-ci un avis médical motivé sur les cas qui lui sont soumis.

Médecin généraliste : Le Médecin généraliste prend en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de Maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le Médecin généraliste est donc souvent consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la Maladie ou de référer le patient à un Médecin spécialiste.

Médecin spécialiste : Désigne un Médecin titulaire d'un diplôme de docteur en médecine en cours de validité qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les soins sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité médicale reconnue : techniques de diagnostic, de traitement et de prévention spécifiques dans un domaine particulier de la médecine.

Médecine courante : Traitements, hors Soins dentaires courants pratiqués par un Médecin généraliste ou un Médecin spécialiste, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine en cours de validité et autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas l'admission du patient dans un Hôpital.

Médicalement nécessaire / nécessité médicale / nécessité absolue : Désigne au titre de ce contrat, les soins, services, fournitures et matériels recommandés par un professionnel de santé diplômé qui sont définis d'un point de vue médical ou chirurgical comme **appropriés et nécessaires**.

Ils doivent pour cela respecter les critères suivants :

- être nécessaires pour définir, diagnostiquer ou soigner une Maladie et/ou une blessure d'un patient ;
- être appropriés au diagnostic, aux symptômes ou au traitement du patient (dans le sens de la prise en compte de la sécurité du patient et du coût du traitement) ;
- être conformes aux normes et aux connaissances médicales et scientifiques au moment de l'administration des soins ;
- n'être pas fournis principalement pour le confort du patient et/ou de son Médecin ;
- être justifiés sur le plan clinique en termes d'ampleur, de durée, d'effet médical prouvé et démontré, de fréquence, de niveau et de type ;
- être dispensés dans un établissement de soins et une salle appropriés et être du niveau de qualité approprié pour traiter l'état médical du patient.

Dans cette définition, le terme approprié prend en considération la santé du patient et le coût des traitements.

En ce qui concerne l'hospitalisation médicalement nécessaire, cela signifie que les traitements et diagnostics ne peuvent être effectués avec prudence et efficacité dans le cadre de la médecine courante.

Médicaments prescrits : Désigne l'ensemble des produits (y compris les aiguilles hypodermiques, l'insuline et les seringues) dont la délivrance nécessite une ordonnance délivrée par un Médecin afin de traiter une Maladie dont le diagnostic a été confirmé ou dans l'objectif de compenser une carence dans une substance vitale pour l'organisme. Ces Médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la Maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils ont été prescrits.

Notice d'information valant conditions générales : Le document présent définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursement), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion et le Tableau des garanties.

Optique : Consultation et examens réalisés par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié, lunettes (1 monture + 2 verres) et lentilles correctrices. La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels. **Sont uniquement pris en charge dans le cadre de l'adhésion au contrat, les consultations et examens et le remplacement des lunettes ou lentilles.**

Partenaire : Personne âgée de moins de soixante-six (66) ans à l'adhésion liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS) et partageant le même domicile que l'Adhérent. Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil français). *Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.*

Participation aux frais de santé : La participation aux frais de santé représente le pourcentage de chaque demande de remboursement non prise en charge par votre contrat d'assurance.

Pays de nationalité : Tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet, comme indiqué dans la Demande d'adhésion.

Pays de résidence principale / Pays d'expatriation : Pays de résidence indiqué par l'adhérent dans sa Demande d'adhésion et mentionné dans son Certificat d'adhésion, ou porté par écrit à la connaissance de l'Assureur durant la vie du contrat, dans lequel l'Adhérent principal et ses éventuels Ayants droit vivent pendant au moins six (6) mois de l'année. Ce pays ainsi indiqué par l'Adhérent doit correspondre au Pays de résidence principale pris en compte par les autorités de ce pays (notamment par les autorités fiscales). Le Pays de résidence principale sert dans le cadre de ce contrat à déterminer la Zone de couverture minimale devant être souscrite à l'adhésion.

Pays d'origine : Pays dans lequel l'Adhérent avait sa résidence principale avant l'expatriation et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

Période de garantie / Période de couverture : Période de couverture de l'adhésion au contrat (y compris la ou les reconductions éventuelles sur demande de l'Adhérent), d'une durée minimale de trois (3) mois et maximale de trente-six (36) mois, au cours de laquelle l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit sont couverts en vertu de l'adhésion au contrat. Celle-ci démarre à la date d'effet de l'adhésion (indiquée au certificat d'adhésion) se termine à la date de cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 6.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation).

Physiothérapie : Par Physiothérapie, il faut entendre au titre de ce contrat l'ensemble des soins tels qu'ils peuvent être dispensés par un kinésithérapeute agréé. **Cela exclut donc au titre de ce contrat certains traitements comme la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages, le Rolfing et la thérapie MILTA.**

Plafonds (des garanties santé) : Le Tableau des garanties du contrat prévoit plusieurs types de plafonds de garantie :

- le Plafond global des garanties santé désigne le montant maximal que l'assureur paiera pour l'ensemble des garanties santé (Hospitalisation ainsi que les options Médecine courante, Optique et Dentaire, et Prévention si souscrites), pour un niveau de couverture santé sélectionné ;
- des sous plafonds propres en valeur et/ou en nombre de jours ou d'actes/séances, qui sont appliqués soit par Année d'assurance, soit pour toute la vie de l'adhésion au contrat, soit par acte ou consultation, soit par jour, pour l'option Médecine courante et pour certains actes en particulier (consultations, Vaccinations, verres et monture...). Ces sous plafonds sont inclus dans le plafond global.

Tous les plafonds s'appliquent par principe par Bénéficiaire et par Année d'assurance, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties.

Prise en charge : Accord de Prise en charge effective formalisé par écrit et délivré à l'Assuré par l'Assureur ou le Gestionnaire avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série, les traitements onéreux ou les prothèses de toute nature (sur présentation d'un rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas et d'un devis chiffré).

Prestation : Toute(s) Prestation(s) indiquée(s) dans le Tableau des garanties du contrat.

Prothèses, dispositifs chirurgicaux et médicaux internes et externes : Fait référence à tout appareil, prothèse ou dispositif nécessaire ou utilisé dans le cadre d'une opération chirurgicale ou étant considéré comme Médicalement nécessaire au traitement.

Questionnaire de santé : Dans le cadre de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, ensemble de questions portant sur la santé de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit permettant au Médecin conseil de l'Assureur d'évaluer leur état de santé et de fixer les conditions d'assurance.

En cas de risques accrus pour l'Assureur, le remplissage du Questionnaire de santé peut se traduire par un complément de Cotisation (aussi appelé « surprime ») pour l'Adhérent et/ou l'un de ses ayants droit, une exclusion de garantie(s) ou un refus total de la Demande d'adhésion au contrat. La durée de validité du Questionnaire de santé est de six (6) mois.

Rééducation immédiate à la suite d'une hospitalisation : Rééducation s'inscrivant en continuité directe de l'hospitalisation, débutant au plus tard dans les trente (30) jours au maximum qui suivent la fin de l'hospitalisation.

Réseau médical : Désigne l'ensemble des Hôpitaux ou établissements de soins apparentés ainsi que les praticiens de santé, qui sont officiellement répertoriés par le Gestionnaire de votre contrat (MSH) ou par les partenaires de service sélectionnés par celui-ci (comme UnitedHealthcare et Optum RX aux États-Unis par exemple) pour recevoir un traitement éligible au contrat.

Résiliation : La Résiliation est la procédure formelle par laquelle l'Assureur, l'Association contractante ou l'Adhérent met fin au contrat ou à l'adhésion au contrat qui les lie, voir chapitre 5.2.9 CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (DROIT À RÉILIATION, RADIATION) p.24

Risque aggravé de santé : Les personnes présentant un Risque aggravé de santé sont les personnes malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades et qui présentent un risque de Maladie (morbidity) ou de décès (mortalité) supérieur au risque de la moyenne des personnes de même âge.

De ce fait, ces personnes ne peuvent pas être assurées aux conditions habituelles.

Soins (hospitaliers) de jour : Voir Hospitalisation de jour.

Soins dentaires courants : Ensemble des Soins dentaires courants incluant le bilan dentaire annuel, les dévitalisations, le détartrage, le scellement des sillons, le traitement d'une carie (amalgame), l'application de fluor, la radiologie dentaire, à l'exclusion des actes de blanchiment dentaire.

Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence sans hospitalisation : Terme désignant les seuls soins dentaires et ophtalmologiques d'extrême Urgence ne nécessitant pas une hospitalisation mais devant être administrés d'Urgence pour faire face à une douleur difficilement supportable. Les soins doivent être administrés dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'Accident ou l'infection.

Sont considérés comme des soins dentaires d'urgence les traitements de :

- Pulpite dentaire (rage de dent persistante)
- Abscess dentaire et/ou œdème
- Dent cassée ou tombée
- Hémorragie dentaire
- Alvéolite (inflammation de l'alvéole dentaire)
- Parodontopathie aiguë.

Cette garantie ne couvre pas les bilans dentaires, les soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, la dévitalisation, la Chirurgie dentaire de routine et les soins dentaires de routine, les soins ophtalmologiques de routine et le remplacement des lunettes ou lentilles (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle « Optique et Dentaire »).

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture : Désignent les soins d'Urgence reçus dans une zone supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, hors USA et territoire relevant des USA, que ce soit au cours d'un voyage à titre professionnel ou touristique, à l'exclusion d'un voyage pour raison médicale (c'est-à-dire effectué dans le but de recevoir des soins médicaux spécifiques).

La couverture est acquise pour une durée maximale de trente (30) jours par voyage et dans la limite d'un voyage par an, et limitée au Plafond global de la zone souscrite et prend uniquement en charge les soins et traitements d'urgence consécutifs à un Accident, à l'apparition d'une Maladie inopinée soudaine et imprévisible ou à une urgence médicale, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale

ou à la dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Adhèrent et/ou de ses Ayants droit. Les soins dispensés doivent démarrer dans la période de vingt-quatre (24) heures suivants l'événement déclencheur.

Ne sont donc pas couverts au titre de cette garantie les soins thérapeutiques non urgents, non consécutifs à un Accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré et les soins de suivi, et ce même dans l'hypothèse où l'Adhèrent ou ses éventuels Ayants droit n'étaient pas en mesure de se rendre dans un pays de leur Zone de couverture sélectionnée.

Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants-droit de contacter le Gestionnaire MSH en cas de déplacements prévus de plus de trente (30) jours en dehors de la Zone de couverture sélectionnée.

Médecine courante (Soins de ville) : Ensemble des Prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet... Les consultations dispensées à l'Hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des Soins de ville.

Soins intensifs : Désigne un service hospitalier spécialisé ayant pour mission de prendre en charge les patients en état critique, c'est-à-dire qui présentent une défaillance d'une ou plusieurs de leurs fonctions vitales, ou qui sont à risque de développer des complications sévères. Le service dispose de moyens techniques très spécialisés. Ceux-ci sont mis en œuvre de façon continue par une équipe multidisciplinaire afin de déceler, prévenir et corriger les déséquilibres aigus et présumés réversibles liés à l'affection sous-jacente (Maladie, chirurgie, traumatisme, intoxication). On parle ainsi notamment d'unités de Soins intensifs, d'unités de soins critiques, d'unités de services intensifs thérapeutiques ou d'unités de traitement intensif.

Soins palliatifs : Désigne, dans le cadre d'une Maladie évolutive et incurable, un traitement qui ne permet pas d'améliorer sensiblement la condition ou de guérir la pathologie mais qui vise à apaiser les souffrances physiques et psychologiques liées aux symptômes de la Maladie et à maintenir une « qualité de vie » relative.

Sont pris en charge au titre de cette garantie les traitements ambulatoires et hospitaliers administrés suite à un diagnostic établissant le caractère terminal et incurable de la Maladie ainsi que le remboursement des soins physiques, des frais de chambre en Hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Souscripteur : Par Souscripteur, on entend l'ASFE qui souscrit le présent contrat collectif au bénéfice de ses Adhérents assurés.

Subrogation : Désigne le droit que le Gestionnaire (MSH) peut exercer au nom de l'assureur afin de recouvrer tous les frais ou coûts auprès d'une autre compagnie d'assurance, de tout régime d'assurance maladie national ou de toute source qui aurait un lien avec le remboursement du traitement assuré au titre de ce contrat.

Tableau des garanties : Document indiquant pour le niveau de couverture santé retenu par l'Adhèrent pour lui et ses éventuels Ayants droit, les garanties détaillées dont il(s) bénéficie(nt) au titre du contrat, avec l'indication des plafonds, limites en nombre d'actes, de consultations et/ou de journées couvertes pour une période donnée et Délais de carences.

Traitement médical : Désigne toute intervention chirurgicale ou Traitement médical effectué par un Médecin, considéré(e) comme Médicalement nécessaire dans le but de diagnostiquer, guérir ou soulager une Maladie ou une blessure.

Traitement du cancer (soins oncologiques) : Désigne les honoraires de spécialistes, les examens, frais de radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement d'une tumeur, des tissus ou des cellules malins, caractérisés par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Traitements et soins psychiatriques : Gestion et soin d'une personne qui souffre d'un problème de santé mentale sévère, nécessitant l'hospitalisation dans une structure spécialisée.

Transport local en ambulance : Désigne le transport en ambulance d'un patient, requis en cas de Nécessité médicale ou d'Urgence, à destination de l'Hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.

Urgence : Désigne la condition médicale ou les symptômes résultant d'une Maladie ou d'une blessure qui surviennent soudainement et qui, de toute évidence, nécessitent un traitement immédiat, généralement dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'apparition, sans quoi il y a risque de mise en danger de la santé de la personne concernée.

Vaccinations : Désigne l'ensemble des vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel la Vaccination est administrée et toute Vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que le traitement préventif anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.

Zone de couverture sélectionnée : Désigne la Zone de couverture sélectionnée par l'Adhèrent pour lui-même et ses éventuels Ayants droit, et pour laquelle une Cotisation adaptée a été fixée par l'Assureur en fonction des Coûts usuels et raisonnables de santé constatés dans cet ensemble de pays du monde.

Le contrat prévoit cinq (5) zones de couverture (se reporter au paragraphe « Pays spécifique de résidence et Zone de couverture du contrat »).

3. / GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL

Accord préalable : Dans tous les cas figurant aux tableaux des garanties ci-après où un accord préalable est nécessaire à la prise en charge de l'assureur, la prise en charge de tout acte soumis à accord préalable qui aurait été effectué sans accord préalable (demande d'accord préalable non effectuée ou refus de l'assureur) sera refusée.

Toutefois, si le médecin conseil de l'assureur, après étude du rapport médical, reconnaît que l'acte était médicalement nécessaire et garanti au titre du contrat, une pénalité sera appliquée à la prise en charge.

Sont concernés :

- l'Hospitalisation, y compris ambulatoire,
- les Prothèses médicales ou chirurgicales
- les Séjours en centres médicalisés
- les Actes en série (ex. séances de kinésithérapie).

Plafond de couverture : Le montant cumulé des remboursements effectués par l'assureur est plafonné, par année d'assurance et par personne garantie, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par le régime de protection sociale dont bénéficie, le cas échéant, l'intéressé(e).

Le montant de ce plafond est indiqué au tableau des garanties ci-après, selon le niveau de couverture et les options de garanties souscrits.

3.1. / TABLEAU DES GARANTIES (HORS HOSPITALISATION ET SOINS AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA)

A la souscription, vous avez le choix entre trois (3) niveaux de couverture.

Vous pouvez également choisir dans quelle devise vous souhaitez payer votre prime d'assurance et vous faire rembourser les frais de soins.

Les garanties ci-dessous sont exprimées avec la part CFE incluse.

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	BASIC	REGULAR	PLUS
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTE	250 000 €//\$	400 000 €//\$	600 000 €//\$

3.1.1. GARANTIE HOSPITALISATION (HORS HOSPITALISATION AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA)

La GARANTIE HOSPITALISATION, c'est-à-dire hors GARANTIES OPTIONNELLES, inclut une couverture des frais d'hospitalisation à l'hôpital uniquement.

Les tableaux ci-dessous détaillent les garanties et les niveaux de couverture pour cette catégorie de frais remboursables.

	BASIC	REGULAR	PLUS
HOSPITALISATION	Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR ») par Bénéficiaire et par Année d'assurance		
Délai d'attente pour les garanties Hospitalisation : 3 mois (sauf en cas d'Urgence médicale, d'Accident ou de Maladie inopinée)			
Soumis à accord préalable sauf en cas d'Urgence médicale, d'Accident ou de Maladie inopinée			
Nous prenons en charge sous réserve que vous avez demandé et obtenu notre accord préalable sauf en cas d'accident ou d'urgence médicale, les frais hospitaliers lorsque : - Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs, - L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste - La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée à la suite d'une Demande d'accord préalable. - Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste. Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure : - Le diagnostic, - Le traitement que vous avez déjà reçu, - Le traitement dont vous avez besoin, - La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital. Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes : - Maternité - Convalescence, - Psychiatrie – Troubles mentaux ou nerveux - Psychologie - Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs), - Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins, - Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc - Des soins qui pourraient être assimilés à des soins courants.			
Chambre d'Hôpital	50 €//\$ par nuit	80 €//\$ par nuit	120 €//\$ par nuit
Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire) en hôpital	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.			

	BASIC	REGULAR	PLUS
Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation au sein d'un Hôpital faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les hospitalisations d'urgence. Toutes prestations effectuées dans un service d'urgences non suivies d'une hospitalisation ne seront prises en charge que dans le cadre de la garantie optionnelle « Médecine courante ». Si cette option n'est pas souscrite, les prestations ne seront pas prises en charge. Nous prenons également en charge le transport local en ambulance d'un patient, requis en cas de nécessité médicale ou d'urgence, à destination de l'Hôpital habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.		
Hospitalisation d'urgence dans une zone de couverture supérieure (hors USA et territoire relevant des USA) à la zone de couverture sélectionnée Déplacement de 30 jours maximum consécutifs et maximum un voyage par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an
	Nous prenons en charge tous les frais d'Hospitalisation d'urgence (seulement s'ils font suite à un Accident ou à une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence principale ou à une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré) dans un pays situé dans une zone de couverture supérieure. Sont exclus de cette couverture tout déplacement pour motif médical, et par conséquent tous les soins programmés dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée. Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants droit de contacter le gestionnaire MSH en cas de déplacements de plus de 30 jours ou en cas de déplacements multiples, prévus dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, afin d'adapter le niveau de couverture de l'adhésion au contrat Nous prenons également en charge le transport local en ambulance d'un patient, requis en cas de nécessité médicale ou d'urgence, à destination de l'Hôpital habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.		
Hospitalisation - Soins intensifs	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en service de soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.		
Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de : - bloc opératoire - salle de réveil - médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil - médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en hôpital. Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en hôpital de jour.		
Hospitalisation - Consultations de médecins généralistes et spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors médecine alternative) incluant également les actes de spécialistes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de médecins généralistes ou spécialistes pendant votre séjour à l'hôpital à la suite d'un Événement couvert.		
Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat, nous prenons en charge toute dépense liée à des : - actes d'Imagerie médicale, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines... - diagnostics comme les électrocardiogrammes, si ces examens sont prescrits par votre médecin généraliste ou spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.		
Hospitalisation - Médicaments prescrits	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de médicaments prescrits par le médecin généraliste ou spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.		
Hospitalisation - Dialyse rénale	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.		
Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer, y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les soins oncologiques, les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « Médecine courante » si l'option a été souscrite.		

	BASIC	REGULAR	PLUS
Hospitalisation - Traitement du SIDA	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH.		
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale.		
Hospitalisation - Prothèses / Dispositifs chirurgicaux et médicaux externes	100 % CUR jusqu'à 600 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 800 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 1000 €//\$ par an
	Nous prenons en charge, sous réserve de l'accord du médecin conseil : - les prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si médicalement nécessaire. - les prothèses ou les dispositifs médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme.		
Hospitalisation - Soins palliatifs	100 % CUR jusqu'à 5 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 7 500 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 12 500 €//\$ par an
	Si un bénéficiaire est atteint d'une maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les : - frais d'hospitalisation à l' hôpital ou en hospice, - frais de soins palliatifs à l'hôpital ou en hospice, - frais d'infirmiers à l'hôpital ou en hospice, - médicaments prescrits		
Hospitalisation - Greffe d'organe : Frais médicaux, de séjour, de soins et les honoraires lors d'une greffe d'organe	100 % CUR jusqu'à 10 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 15 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 20 000 €//\$ par an
	Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié. Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer. Nous ne prenons pas en charge : - les coûts de transport de l'organe, - les frais d'acquisition d'organe, - et les coûts d'opération et d'hôpital du donneur d'organe.		
Hospitalisation psychiatrie ou pour troubles mentaux ou nerveux	Non garanti	Non garanti	Non garanti
	Nous ne prenons pas en charge les hospitalisations pour : - troubles mentaux ou nerveux, - Psychiatrie ou psychologie		
Hospitalisation – Kinésithérapie / Physiothérapie	100 % CUR jusqu'à 500 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 1250 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 2500 €//\$ par an
	Nous prenons en charge les consultations et actes de kinésithérapie / physiothérapie prescrits et réalisés pendant votre hospitalisation. Nous ne prenons pas en charge la chiropractie et l'ostéopathie.		
SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE			
Hospitalisation à domicile (sur prescription) - soumis à entente préalable	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an
	Nous prenons en charge lorsque vous avez demandé et obtenu notre accord préalable, les hospitalisations à domicile et les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation.		
Chirurgie réparatrice	Non garanti	Non garanti	Non garanti
	Nous ne prenons pas en charge les dépenses de chirurgie réparatrice, même si elles sont médicalement nécessaires ou font suite à un Accident ou une Maladie prise en charge par le contrat.		
Rééducation immédiate à la suite d'une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation – soumis à entente préalable	100 % CUR jusqu'à 10 jours par an	100 % CUR jusqu'à 15 jours par an	100 % CUR jusqu'à 20 jours par an
	Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie , la physiothérapie, l'ergothérapie ou l' orthophonie qui suivent une hospitalisation couverte. Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat. Nous prenons en charge ces frais lorsque vous avez demandé et obtenu notre accord préalable avant de commencer le traitement et que celui-ci débute dans un maximum de 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre Médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir la Demande d'accord préalable.		
Soins infirmiers en lien avec une hospitalisation garantie et qui démarrent dans les 30 jours après la fin de l'hospitalisation – soumis à entente préalable	100 % CUR jusqu'à 750€//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 500 €//\$ par an
	Nous prenons en charge les soins infirmiers prescrits à la suite d'une hospitalisation garantie. Nous prenons en charge ces soins, lorsque vous avez demandé et obtenu notre accord préalable avant de commencer les soins et que ceux-ci débutent dans un maximum de 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation, qu'ils soient effectués en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier.		

Bon à savoir

Des garanties d'évacuation et d'assistance médicale sont incluses avec votre adhésion au contrat neoTempo.

Pour plus d'informations référez-vous à la section - Dispositions générales des garanties d'évacuation médicale, incluses avec votre contrat santé.

3.1.2. GARANTIES OPTIONNELLES : MEDECINE COURANTE – OPTIQUE ET DENTAIRE - PREVENTION

	BASIC	REGULAR	PLUS
MEDECINE COURANTE	Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR ») par Bénéficiaire et par Année d'assurance		
Délai d'attente pour les garanties optionnelles Médecine courante : 3 mois (sauf en cas d'Urgence médicale, d'Accident ou de Maladie inopinée)			
PLAFOND GLOBAL DE LA GARANTIE MEDECINE COURANTE	12 000 €//\$	24 000 €//\$	30 000 €//\$
Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes, ophtalmologistes, optométristes et psychiatres), actes de spécialistes	100 % CUR jusqu'à 50 €//\$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 80 €//\$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 120 €//\$ par acte ou consultation
	Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes, ophtalmologiste et psychiatres), ainsi que les actes de Médecins spécialistes. Nous prenons en charge ces consultations au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).		
Téléconsultation	100 % CUR jusqu'à 50 €//\$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 80 €//\$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 120 €//\$ par acte ou consultation
	Nous prenons en charge les téléconsultations.		
Médicaments prescrits (hors contraception)	100 % CUR jusqu'à 2 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 5 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 10 000 €//\$ par an
	Nous prenons en charge, au titre de la Médecine courante, les dépenses de médicaments: - prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste, - qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure.		
Contraception prescrite	100 % CUR jusqu'à 40 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 50 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 60 €//\$ par an
	Nous prenons en charge les moyens de contraception mécaniques ou médicamenteux prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste.		
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation	100 % CUR Jusqu'à 150 €//\$ par an	100 % CUR Jusqu'à 250 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 350 €//\$ par an
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'Urgence, comme par exemple une rage de dents soudaine, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les dépenses de frais dentaires non urgents (ex. bilan dentaire, détartrage, etc.) et les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue sont couverts uniquement au titre de l'Option « Optique et Dentaire » si vous l'avez souscrite.		
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire	100 % CUR jusqu'à 1 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 2 000 €//\$ par an	100 % CUR jusqu'à 3 000 €//\$ par an
	Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang, etc. prescrits par un Médecin généraliste ou Spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical.		
Kinésithérapie et physiothérapie, sur prescription – soumis à entente préalable	100 % CUR jusqu'à 500 €//\$ par an limité à 5 séances par an	100 % CUR jusqu'à 1 000 €//\$ par an limité à 10 séances par an	100 % CUR jusqu'à 1 500 €//\$ par an limité à 15 séances par an
	Nous prenons en charge lorsque vous avez demandé et obtenu notre accord préalable avant de commencer le traitement, les consultations de kinésithérapie/physiothérapie, prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.		
Examen ophtalmologique d'urgence	100 % CUR jusqu'à 70 €//\$ par consultation	100 % CUR jusqu'à 120 €//\$ par consultation	100 % CUR jusqu'à 170 €//\$ par consultation
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins ophtalmologiques d'Urgence, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les dépenses de frais ophtalmologiques non urgents sont couvertes au titre de l'Option « Optique et Dentaire » si vous l'avez souscrite. Les consultations et examens réalisés par un optométriste ou un ophtalmologiste seront couverts uniquement au titre de l'option « Optique et Dentaire ».		

	BASIC	REGULAR	PLUS
	100 % CUR jusqu'à 500 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 750 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/ \$ par an
Appareillage, prothèse médicale externes (hors dentaires et audioprothèses) – soumis à entente préalable	Nous prenons en charge lorsque vous avez demandé et obtenu notre accord préalable, toutes dépenses, d'appareillage et de Prothèses médicales , orthopédiques, médicalement nécessaires et prescrits. Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.		
Ostéopathie et chiropractie Homéopathie, acupuncture et médecine traditionnelle chinoise Psychiatre et psychologue	Non garanti	Non garanti	Non garanti
	Nous ne prenons pas en charge : - les consultations d'Ostéopathie et Chiropractie avec ou sans prescription, - les séances d'Acupuncture ou Médecine traditionnelle chinoise et les consultations avec un homéopathe, - les consultations de psychiatre et psychologue.		

OPTIQUE ET DENTAIRE	Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR ») par Bénéficiaire et par Année d'assurance		
	BASIC	REGULAR	PLUS
Délai d'attente pour les garanties Optique et Dentaire : Optique 3 mois sauf les consultations ophtalmologiste d'urgence – Dentaire 3 mois sauf les soins dentaires d'urgence			
Consultation ophtalmologiste ou optométriste	100 % CUR jusqu'à 200 €/ \$ par consultation limité à 2 consultations par an	100 % CUR jusqu'à 350 €/ \$ par consultation limité à 2 consultations par an	100 % CUR jusqu'à 500 €/ \$ par consultation limité à 2 consultations par an
	Nous prenons en charge les consultations d' ophtalmologiste et d' optométriste . Nous prenons en charge ces consultations au titre de l'option « Optique et Dentaire », qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'urgence ou hospitalisation). Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de l'hospitalisation si nécessaire ou de l'option « Médecine courante ».		
Verres et monture / Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables / Audioprothèses	100 % CUR jusqu'à 150 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 300 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 400 €/ \$ par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais des lunettes (2 verres et 1 monture) de vue ou de lentilles de contact correctrices, prescrites et avec correction visuelle. Les lunettes de protection (solaire ou autres) ou les lentilles, sans correction visuelle ne sont pas prises en charge.		
Soins dentaires courants et Chirurgie dentaire	100 % CUR jusqu'à 700 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 500 €/ \$ par an
	Nous prenons en charge, les consultations avec un dentiste ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations suivants : Détartrage / Traitement d'une carie (amalgame) / Scellement de sillon / Radiologie dentaire / Application de fluor / Tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non. Les prothèses dentaires, l'implantologie, la parodontologie, l'orthodontie et le blanchiment des dents ne sont pas couverts par le Contrat.		

PRÉVENTION	Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR ») par Bénéficiaire et par Année d'assurance		
	BASIC	REGULAR	PLUS
Aucun délai d'attente pour les garanties Prévention			
Vaccinations prescrits et/ou obligatoires	100 % CUR jusqu'à 175 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 300 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 450 €/ \$ par an
	Nous prenons en charge les vaccins prescrits et/ou obligatoires dans le cadre de l'expatriation, comme les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune ou le Covid-19		
Traitements antipaludéen	80 % CUR jusqu'à 100 €/ \$ par an	90 % CUR jusqu'à 100 €/ \$ par an	100 % CUR jusqu'à 100 €/ \$ par an
	Nous prenons en charge les traitements antipaludéens préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation.		

Couverture en cas d'urgence

Les garanties sont acquises dans le monde entier (**hors USA et Territoires relevant des USA**) pour les seuls soins à prodiguer d'urgence lors de séjours ponctuels (voyage à titre professionnel ou touristique) d'une durée maximale de trente (30) jours consécutifs par an.

Est entendu par urgence médicale, une urgence faisant suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le pays de résidence principale ou une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré.

En cas d'urgence médicale telle que définie au contrat veuillez prendre contact au plus vite avec votre centre de gestion. Si l'assuré s'est rendu dans une zone de couverture supérieure afin d'y recevoir un traitement, si les symptômes de la pathologie étaient connus du bénéficiaire avant son adhésion au contrat ou si les traitements ne font pas suite à un accident, ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale, les traitements reçus dans cette zone, même en cas d'urgence ne seront pas couverts.

3.2.1. GARANTIES PARTICULIERES AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA POUR LES ASSURES AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT EN ZONE 5 (MONDE ENTIER Y COMPRIS USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA)

INFORMATION IMPORTANTE POUR LES HOSPITALISATIONS ET SOINS REÇUS AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA

Si vous avez opté pour la Zone 5, vous bénéficiez d'une couverture dans le monde entier, y compris aux États-Unis et dans les territoires relevant des USA (Porto Rico, Îles Vierges des États-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines).

Si vous devez recevoir un traitement aux États-Unis ou dans un territoire relevant des USA, y être hospitalisé ou consulter un Médecin sur place, votre contrat vous permet de bénéficier des accords spécifiques mis en place par MSH auprès de 2 partenaires locaux : UnitedHealthcare et Optum RX.

Ces accords vous permettent :

- d'accéder à une sélection d'Hôpitaux et de praticiens de santé (UnitedHealthcare) et de pharmacies (Optum RX),
- d'éviter de procéder à l'avance des frais médicaux et d'obtenir de vos prescriptions médicales sur présentation de la carte UnitedHealthcare/OptumRx/MSH en amont.

IMPORTANT : Votre couverture aux États-Unis et territoires relevant des USA vous laisse toujours la liberté de choisir l'hôpital ou la pharmacie qui convient le mieux pour votre traitement (y compris hors réseaux). Toutefois, si vous décidez de recevoir des soins ou d'acheter des médicaments prescrits aux États-Unis et territoires relevant des USA auprès d'un prestataire ne faisant pas partie des réseaux, **tous les paiements que nous effectuons seront réduits de 20 %**.

Néanmoins, dans l'hypothèse où il ne serait matériellement pas possible de passer par un prestataire membre des réseaux, soit pour des raisons géographiques ou en cas d'Urgence, la réduction de remboursement prévue au contrat de 20% ne sera pas appliquée.

Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus sans que la Demande d'accord préalable n'ait été effectuée.

L'exception géographique se définit comme les cas où dans un rayon de cinquante (50) kilomètres autour du domicile de l'Assuré :

- Il n'y a pas d'Hôpital, de Médecin, de clinique ou de pharmacie des réseaux UnitedHealthcare International et Optum Rx ;
- Les soins ou médicaments dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les Hôpitaux, chez les Médecins et dans les cliniques ou dans les pharmacies des réseaux.

Les hospitalisations et actes, identiques à ceux détaillés aux tableaux de la **GARANTIE HOSPITALISATION : HOSPITALISATION (HORS HOSPITALISATION AUX USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA)** et des **GARANTIES OPTIONNELLES : MEDECINE COURANTE – OPTIQUE ET DENTAIRE – PREVENTION (EN DEHORS DES USA ET TERRITOIRES RELEVANT DES USA)**, lorsqu'ils surviennent aux USA ou Territoires relevant des USA selon le niveau de couverture souscrit, sont pris en charge sur la base des Coûts Usuels et Raisonables constatés par nos soins (« CUR»), de la façon suivante :

BASIC		REGULAR		PLUS	
Au sein du réseau	Hors réseaux	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR

Il est précisé que les montants maximums des garanties en €/ \$, par an, par acte ou en nombre de jours restent les mêmes.

4. / EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT)

Bien que prenant en charge la majeure partie des traitements médicalement nécessaires, votre contrat ne couvre pas les dépenses liées aux traitements et procédures médicales indiquées ci-dessous, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit. En cas de doute sur quelque exclusion répertoriée ci-dessous, merci systématiquement de nous contacter au préalable avant d'engager tout traitement ou procédure médicale.

Sont exclus de l'assurance :

- les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties;
- les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins;
- les dépenses pour frais d'ambulance ou taxi pour des visites planifiées, les retours au domicile après intervention sous anesthésie, hormis dans le cas de la chimiothérapie.
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical prescrite par une autorité médicale non reconnue (praticiens, thérapeutes, cliniques, hôpitaux, centres médicaux non reconnus):
 - par les autorités en vigueur dans le pays où le traitement a lieu, comme disposant d'une compétence particulière pour le traitement de l'Accident ou de la maladie concernés,
 - par le Médecin conseil comme correctement qualifiés, compétents ou autorisés à prescrire un traitement et qui en ont été notifiés par écrit par celui-ci;
- les médicaments non prescrits;
- les traitements, consultations, médicaments prescrits par l'Adhérent, ses Ayants droit ou toute personne de sa famille;
- les frais jugés non nécessaires et ou inappropriés par le Médecin conseil de l'Assureur;
- en cas d'hospitalisation, les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs... ;
- les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés. Ne sont donc ainsi pris en charge et remboursés au titre du contrat que les Coûts usuels et raisonnables, à savoir les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues;
- pour la kinésithérapie/physiothérapie, seuls les traitements conventionnels validés par le médecin conseil sont pris en charge. les drainages lymphatiques, les massages, et l'hydrothérapie du colon sont exclus ;
- les coûts d'une hospitalisation en chambre de luxe, chambre VIP et autres suites;
- les traitements ou médicaments expérimentaux, à savoir toutes formes de traitements ou de médicaments qui du point de vue des Médecins conseils ne sont pas conventionnels ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée;
- au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments, tels que les crèmes solaires, les produits de maquillage, la parapharmacie, les laits infantiles, vitamines, minéraux, probiotiques, produits sans gluten, etc.;
- les produits classés comme vitamines ou minéraux ainsi que les compléments alimentaires (sauf pour traiter une déficience majeure en vitamines), les produits de parapharmacie, les produits cosmétiques;
- les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction prodigués par un chirurgien plasticien, visant à améliorer ou transformer l'apparence - même pour des raisons psychologiques - sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un Accident défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale liée au Traitement d'un cancer, intervenus durant la Période de couverture d'assurance;
- le traitement prophylactique préexposition au HIV (pre-exposure);
- les hormones de croissance sans justificatif médical approuvé par le médecin conseil ;
- médicaments et traitement des troubles de l'érection;
- les traitements et séjours en centres de cure, centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas et stations thermales, et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux;
- tous les tests et traitements contre l'obésité/l'anorexie, ou nécessaires en raison de l'obésité ou de l'anorexie, incluant notamment les cours et frais de cure d'amaigrissement/d'engraissement, les aides et prescriptions médicamenteuses contre l'obésité / l'anorexie. Dans certains cas cliniques, après avis du Médecin conseil, peuvent être pris en charge les actes de chirurgie pour obésité morbide (IMC=Indice de Masse Corporelle > 40);
- les consultations de Psychiatres et psychologues ou les consultations pour des Maladies ou troubles mentaux ou troubles du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des Maladies version 10 de l'OMS);
- toutes consultations de psychologie, psychothérapie et/ou de psychanalyse avec un thérapeute ou conseiller familial (même si ces consultations sont effectuées par un Psychiatre);
- les soins, traitements et toutes les conséquences résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou Maladies auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale;
- le retard de développement cognitif, sauf pour un enfant de moins de 20 ans n'ayant pas atteint le niveau de développement cognitif prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement cognitif doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée ;
- l'orthophonie sauf si elle fait suite à une hospitalisation ;
- l'orthodontie, les prothèses dentaires, l'implantologie et la parodontologie ;
- les consultations d'Ostéopathie et Chiropractie avec ou sans prescription,
- les séances d'Acupuncture ou Médecine traditionnelle chinoise et les consultations avec un homéopathe, et toute autre médecine douce
- les moyens de contraception chirurgicaux ;
- les dépenses occasionnées lors de la réception d'un don d'organe ou de l'achat d'un organe, à savoir:
 - les organes mécaniques ou d'origine animale, sauf dans les cas où un dispositif mécanique est temporairement utilisé dans le seul objectif de conserver les fonctions vitales dans l'attente d'une transplantation;

- tout achat d'organe auprès d'un donneur quelle qu'en soit l'origine;
- la culture et le stockage de cellules souches, de manière préventive, pour hypothétique utilisation future dans le cas d'une possible Maladie;
- les frais engendrés par des complications causées directement par une blessure ou une Maladie non prise en charge, ou prise en charge partiellement, par le contrat;
- les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir;
- les frais de rapatriement, et d'évacuation, y compris l'évacuation médicale depuis un navire vers un centre médical terrestre. Toutefois, certains seront pris en charge par l'assisteur aux conditions prévues par les garanties « Assistance simple » ainsi que par l'option « Assistance complète » si souscrite ;
- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium lorsque les établissements qui ont accueilli l'Assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente;
- les soins des pieds par un pédicure ou podologue, tels que: traitements pour cors / durillons, ongles épaissis et/ou difformes, sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- les frais et soins liés à la maternité (comme les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie, les soins pré et postnataux, les séances de préparation à l'accouchement, les diagnostics de maladies chromosomiques, les soins de routine du nouveau-né...).
- les frais de GPA (Gestation Pour Autrui), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses (gestation pour autrui), que l'Assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil;
- l'interruption de grossesse (sauf en cas d'hospitalisation s'il y a une menace pour la santé de la mère) ;
- tous les dispositifs, opérations et traitements concernant les dysfonctionnements sexuels (déficiences sexuelles, tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ou les troubles liés au genre (troubles liés aux changements de sexe ou de réaffectations de genre);
- les troubles du sommeil, y compris l'insomnie, sauf s'il est déclaré que l'Assuré souffre d'apnée du sommeil sévère;
- les conséquences de l'infraction à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- les frais de psychomotricité;
- les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- les frais pour lesquels la Demande d'accord préalable n'a pas été faite par l'Assuré, le remboursement des soins prévus par le contrat peut être diminué. Le gestionnaire applique une pénalité pouvant aller de 40% à 100% sur le montant de la prestation. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en zone 5 en dehors du réseau médical UnitedHealthcare International ;
- les traitements de maintien en vie,
- les frais administratifs ;
- les honoraires de Médecin dans un but uniquement administratif (par exemple dans l'obtention d'un visa, pour compléter un formulaire de remboursement, etc.);
- les soins prodigués dans un établissement infirmier, une maison de retraite et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un Médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
- les admissions non médicales ou séjours hospitaliers qui incluent:
 - un traitement qui pourrait avoir lieu en journée ou en ambulatoire,
 - un traitement non médicalement justifié après avis du Médecin conseil,
 - une convalescence.
- le traitement d'une condition sujette à exclusion spécifique. Les exclusions spécifiques sont listées sur votre Certificat d'adhésion ;
- les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public ;
- tous soins, traitements et consultations prévus au titre des garanties optionnelles « Médecine courante », « Optique et Dentaire » et/ou « Prévention », si l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit n'a pas souscrit à ces options,
- tous soins, traitements et consultations en dehors de la Zone géographique de couverture sélectionnée si celle-ci est supérieure à la Zone de couverture souscrite (hors zone 5), à moins qu'il ne s'agisse d'une Urgence médicale faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré ou que nous en ayons exceptionnellement autorisé le traitement, avec accord auprès du Médecin conseil; ou en dehors de la zone de couverture retenue, pour un voyage d'une durée supérieure à trente (30) jours, par an et par personne garantie.
- tous les soins, traitements et consultations reçus au sein d'une Zone de couverture supérieure à la Zone sélectionnée, notamment aux États-Unis dans les cas suivants:
 - Si l'Adhérent n'a pas opté pour la Zone de couverture supérieure correspondant à celle où les soins ont été prodigués, nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus dans cette zone.
 - Si l'Adhérent a opté pour la Zone de couverture « États-Unis », nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus aux États-Unis s'il est déterminé que l'Adhérent (et ses éventuels Ayants droit) a / ont adhéré au contrat dans l'unique but de se rendre aux États-Unis afin d'y recevoir des soins, traitements et consultations et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus par celui-ci avant son adhésion au contrat.

Sont également exclues de l'assurance les conséquences :

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Ayant droit;
- d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une rébellion (avec ou sans déclaration de guerre), d'une émeute, d'un coup d'état militaire ou toute usurpation de pouvoir, d'une loi martiale ou les actes de toute autorité constituée illégalement, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'une contamination chimique, de la radioactivité ou de tout matériau nucléaire,
- de n'importe quel conflit ou désastre, si l'Assuré s'est mis en danger en entrant dans une zone de conflit reconnue par le Gouvernement du pays concerné, a activement participé au conflit ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité;
- d'un usage nocif, dangereux ou addictif de l'alcool, des stupéfiants et/ou des médicaments ainsi que tous traitements découlant d'un usage nocif, dangereux ou addictif de ces substances;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Adhérent ou Ayant droit ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de sports à titre professionnel ;
- de la pratique de sports énumérés ci-dessous:
 - les sports extrêmes: saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
 - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée et trek nécessitant un matériel spécifique (cordes, piolets, crampons), saut à ski, bobsleigh, Skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
 - les sports aériens: voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,
 - les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir, hydro speed, kite surf,
 - les sports de défense et de combat en compétition,
 - les sports automobiles: pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, toute pratique de ces sports, même à titre d'initiation, de loisir ou de « baptême », lorsqu'elle est encadrée par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, est couverte à l'exception des sports « extrêmes ».

SONT ÉGALEMENT EXCLUS DE L'ASSURANCE LES FRAIS MÉDICAUX JUGÉS SOMPTUAIRES, DÉRAISONNABLES OU INHABITUELS, COMPTE TENU DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ÉTÉ ENGAGÉS. ILS PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU, APRÈS AVIS DU MÉDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR, D'UNE LIMITATION DE LA PRISE EN CHARGE EN FONCTION DES RECOMMANDATIONS DE CE MÉDECIN CONSEIL.

5. / Remboursements

Les frais sont servis dans la limite des frais réels, des Coûts usuels et raisonnables pour le pays concerné et des maxima contractuels (voir article ci-après sur la notion de Coûts usuels et raisonnables).

5.1.1. DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Toutes les demandes de remboursement de soins de santé doivent être adressées en application des dispositions de l'article « Prescription », à MSH dans les vingt-quatre (24) mois suivant la date des soins. **Toute demande réceptionnée au-delà de ces vingt-quatre (24) mois ne sera pas traitée.**

5.1.2. PIECES JUSTIFICATIVES

En cas de maladie ou d'accident ouvrant droit à remboursement, pour obtenir votre remboursement, l'assureur doit être en possession de pièces justificatives datées mentionnant les nom, prénoms et date de naissance de la personne soignée et la monnaie locale.

Ces pièces comprennent notamment :

- le justificatif des frais engagés et les originaux des preuves de paiement.
- les originaux des notes d'honoraires ou de frais, des prescriptions médicales, des ordonnances acquittées et des factures détaillées et acquittées, datées et mentionnant le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale.
- si les soins nécessitent une demande d'accord préalable : le formulaire d'accord préalable accepté par le médecin conseil de l'assureur.

En cas de soins hors de la zone de couverture lors d'un séjour ponctuel, la preuve que les soins sont consécutifs à une urgence médicale, un accident ou une maladie inopinée tels que définis à l'article « Définitions » devra être apportée à l'assureur par tout moyen.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil de l'assureur ou au professionnel de santé consultant de l'assureur sous pli confidentiel.

Toutes les pièces justificatives peuvent être adressées sous format dématérialisé à MSH, gestionnaire de vos remboursements. Nous nous réservons toutefois le droit de vous réclamer les documents originaux.

5.1.3. MONNAIES DE REMBOURSEMENT

Nous vous remboursons dans la devise que vous avez précisée dans votre demande de remboursement, sauf s'il est illégal de procéder à un règlement dans cette devise au titre des réglementations bancaires Internationales. Dans cette hypothèse, nous vous rembourserons dans la devise que vous utilisez habituellement pour régler votre Cotisation.

Si la devise de votre compte bancaire n'est pas celle dans laquelle les soins de santé ont été engagés, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui utilisé par les Nations Unies le dernier jour du mois précédant la date des soins.

IMPORTANT : Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

Le remboursement peut être effectué par virement dans la devise de votre compte bancaire.

FRAIS DE VIREMENT BANCAIRES EVENTUELLEMENT APPLICABLES

Vous n'aurez pas de frais de virement bancaire (excepté les frais de tenue de compte), lorsque la devise de votre compte bancaire et de votre remboursement correspondent à la devise du pays où votre compte est domicilié.

5.1.4. REMBOURSEMENT A LA SUITE D'UNE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Si la Demande d'accord préalable n'est pas effectuée ou a été refusée, le remboursement des soins prévu par le Contrat d'assurance de groupe ouvert est diminué. Pour toute demande de remboursement de frais soumis à accord préalable mais n'ayant pas fait l'objet de cette formalité, le Gestionnaire (MSH) applique une pénalité pouvant aller de 40 % à 100 % sur le montant de la Prestation.

Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en Zone 5 en dehors du Réseau médical UnitedHealthcare International.

Veillez donc bien à systématiquement demander un accord préalable avant d'engager des frais. Nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

5.1.5. ASSURANCES CUMULATIVES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou à celle de son ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, 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 ou ayant droit peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, L'ADHERENT DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

5.1.6. DESACCORD SUR UN REMBOURSEMENT

En cas de désaccord sur le montant d'un règlement, l'adhérent doit avertir l'assureur dans les trois (3) mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

5.1.7. FRAUDE ET DISSIMULATION DES FAITS - FAUSSE DECLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

5.1.8. DECHEANCE DES GARANTIES



L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'adhérent et/ou le cas échéant le refuser à ses ayants droit assurés dès lors qu'il constate que l'adhérent ou ce dernier a intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

5.1.9. RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque l'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit assurés sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit assurés atteint de blessures imputables à un tiers doit impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque la personne assurée est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile) dans un pays avec obligation d'assurance, elle doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur Santé en tant que tiers

Conformément au code des assurances français, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

5.1.10. CONTROLE MEDICAL

L'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si l'adhérent ou un ayant droit refuse de transmettre les justificatifs réclamés par l'assureur ou refuse de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et demander le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la personne assurée devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux (2) médecins, un troisième (3^{ème}) désigné par leurs soins. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième (3^{ème}) ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux (2) parties.

6. / MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

6.1. / VOTRE CONTRAT

Adhérent principal

Peut être inscrit à l'assurance, pour une zone de couverture déterminée correspondant à minima à son pays d'expatriation, chaque membre de l'association contractante, sous réserve de l'acceptation par l'assureur et :

- qu'il soit de nationalité différente de son Pays de résidence principale pendant la durée de l'adhésion au contrat,
- qu'il ait dûment complété et signé la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé,
- qu'il soit âgé d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-six (66) ans.

Toutefois, certaines activités professionnelles dont la liste en vigueur à la Date d'effet du contrat est indiquée ci-dessous, sont soit soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur, soit font l'objet d'un refus.

Les professions soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur sont :

- les professions comprenant des activités de protection, de surveillance et de sauvetage de personnes,
- les professions comprenant des activités de surveillance et de gardiennage de biens,
- les professions comprenant des activités de transport ou d'achat de marchandises de valeur, métaux et pierres précieuses, objets d'art et/ou devises,
- les professions ayant pour objet l'enseignement de sports et la pratique de sports,
- toute profession nécessitant le port, l'utilisation ou le transport d'armes de quelque nature que ce soit,
- les professions nécessitant la manipulation de substances radioactives, corrosives ou toxiques,
- les professions ayant pour objet de conduire des enquêtes policières publiques ou privées, de recueillir des informations confidentielles, de négocier la libération d'otages,
- les professions ayant pour objet des activités pétrolières, minières, off-shore ou maritimes,
- les professions ayant pour objet des activités exercées à plus de 20 mètres de hauteur,
- les professions comprenant des activités sur plateformes pétrolières.

Les professions refusées par l'Assureur sont :

- les professions de garde du corps, pompier,
- les professions de convoyeur de fonds,
- les professions comprenant des activités de surveillance de banques, d'ambassades ou de consulats,
- les professions ayant pour objet l'enseignement et/ou la pratique de sports automobile, aérien, maritime, souterrain ou de combat,
- les professions nécessitant des travaux souterrains ou sous l'eau,
- les professions nécessitant la manipulation d'explosifs (dont déminage),
- les professions ayant pour conséquence de prendre part à un conflit (guerre, guerre civile, insurrection, émeute, libération d'otages), quels que soient les protagonistes concernés.

6.2. / LA VIE DE VOTRE CONTRAT

6.2.1. DATE D'EFFET, DUREE, RECONDUCTION, RESILIATION ET MODIFICATION DU CONTRAT

Date d'effet et durée : Le Contrat d'assurance de groupe ouvert conclu entre l'Assureur et l'Association contractante a pris effet le 1^{er} septembre 2023, pour une première période se terminant le 31 décembre 2023.

Reconduction et résiliation : Le contrat est reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un (1) an, sauf dénonciation par l'assureur ou par l'association contractante.

Pour exercer ce droit, l'association contractante peut notifier sa demande à l'assureur par lettre, courrier électronique ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. Si la demande émane de l'assureur, elle doit être formulée par lettre recommandée.

- **Résiliation annuelle :** La résiliation par l'une des parties doit être notifiée deux (2) mois avant la date de reconduction du contrat, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances. Le contrat cessera alors au 31 décembre à vingt-quatre (24) heures.
- **Résiliation infra-annuelle :** L'association contractante peut résilier le contrat après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de sa date de souscription, conformément à l'article L.113-15-2 du code des assurances. Le contrat cessera un (1) mois après réception par l'assureur de la notification adressée par l'association contractante. Cette résiliation peut être exercée sans frais ni pénalités.
- **Autres cas de résiliation du contrat :** Le contrat peut être résilié conformément aux dispositions prévues en cas de :
 - refus de l'évolution de la cotisation proposée par l'assureur en application de la clause d'ajustement annuel (article « Cotisations »)
 - en cas de refus de la modification proposée par l'assureur (article « Révision »),

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'assureur en cas de constat d'une fausse déclaration (article « Fausses déclarations »).

Modification du contrat : Le contrat peut être modifié, d'un commun accord entre l'association contractante et l'assureur. Un avenant au contrat sera dans ce cas établi.

Il est entendu que dans ce cas et sauf dispositions particulières contraires, les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur seront applicables de plein droit à chaque adhérent.

6.2.2. VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES

L'adhésion peut être, au choix de l'Adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (Cotisation individuelle) ou pour lui et tout ou partie de ses Ayants droit tels que définis dans le chapitre 2 p.3 (autant de Cotisations individuelles que d'Ayants droit en plus de la Cotisation individuelle de l'Adhérent principal).

L'adhésion peut être également souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs de ses enfants à charge, âgés de dix (10) ans au moins et de moins de dix-huit (18) ans, sous réserve que cet (ces) enfant(s) soi(en)t expatrié(s) hors de son (leur) Pays d'origine et hors du Pays de résidence de ses (leurs) parents et que la Demande d'adhésion soit dûment complétée et signée par l'Adhérent.

Lors de son adhésion, l'Adhérent choisit la formule de garanties Hospitalisation et de souscrire ou non à une ou plusieurs garanties optionnelles pour le même niveau de couverture.

Par la suite, l'Adhérent peut souscrire ou faire cesser une ou plusieurs garanties optionnelles dans les conditions de la section 6.2.10 « Apporter des modifications à votre adhésion » du chapitre « La vie de votre contrat ».

Il est précisé que pour tous les Ayants droit de l'Adhérent, la formule de garanties hospitalisation et les garanties optionnelles souscrites sont les mêmes que celle retenues pour l'Adhérent lui-même.

Ainsi :

- lorsqu'une garantie optionnelle est retenue par l'Adhérent, elle s'applique également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits à l'adhésion,
- tous les enfants Ayants droit de l'Adhérent doivent bénéficier des mêmes garanties.

Ces choix sont effectués par l'Adhérent lors de son adhésion au contrat.

Pour être garantis ou en cas de modification(s) des garanties souscrites, l'Adhérent et chaque Ayant droit doit remplir et signer un Questionnaire de santé, l'inscription à l'adhésion ou les modifications de garanties étant subordonnées à l'acceptation médicale de l'Assureur.

Après étude du ou des Questionnaires de santé, le Gestionnaire (MSH) pourra demander des examens médicaux complémentaires.

Si un Adhérent ou Ayant droit présentait un Risque aggravé de santé, l'Assureur pourrait être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.

Les conditions particulières d'acceptation de l'inscription au contrat ou pathologies déclarées au Questionnaire de santé qui font l'objet d'un refus de garantie sont notifiées par e-mail sécurisé.

En cas de refus par le Gestionnaire (MSH) d'une demande de modification(s) des garanties en cours d'adhésion, il est précisé que l'Adhérent et ses Ayants droit éventuellement inscrits à l'adhésion demeurent garantis dans les conditions antérieures à la demande de modification.

L'adhésion, ou sa modification, sont constatées par l'émission d'un Certificat d'adhésion sur lequel figurent outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des Ayants droit garantis ainsi que la Date d'effet de l'adhésion, les garanties choisies, la Zone de couverture sélectionnée, la Cotisation correspondante et la durée fixe de l'adhésion.

6.2.3. AJOUTER UN/DES AYANT(S) DROIT A VOTRE ADHESION AU CONTRAT

Vous pouvez demander l'ajout d'un Ayant droit de votre famille en cours d'adhésion au contrat en complétant la Demande d'adhésion prévue à cet effet et sous réserve que cet Ayant droit remplisse et signe un Questionnaire de santé, son inscription à l'adhésion étant subordonnée à l'acceptation médicale de l'Assureur.

Tout ajout d'ayant droit donne lieu à une révision de la cotisation de votre adhésion au contrat.

Les enfants peuvent être couverts sous réserve d'être déclarés et âgés de 10 jours.

La demande d'ajout d'un enfant doit être faite par écrit en joignant l'acte de naissance délivré par l'hôpital.

Veuillez noter que tous les enfants (y compris adoptés) seront obligatoirement soumis à acceptation pour être inscrits à votre adhésion.

6.2.4. LES ELEMENTS MATERIALISANT VOTRE ADHESION

Votre adhésion au contrat neoTempo est matérialisée par l'ensemble des documents suivants :

- **Votre certificat d'adhésion** : il s'agit d'un document unique, édité à l'adhésion, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhérent et précise, outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion et sa durée, la Zone de couverture sélectionnée et la Cotisation correspondante. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières de votre adhésion au contrat.
À chaque reconduction de l'adhésion, un nouveau certificat d'adhésion est édité par le gestionnaire MSH.
- **Votre attestation d'assurance** : il s'agit d'un document pouvant être réédité, ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes : nom de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, Date d'effet de l'adhésion et sa durée, les garanties souscrites et numéro de contrat correspondant et Zone de couverture sélectionnée.
- **Votre appel de cotisation** : il s'agit d'un document qui vous indique le montant de votre Cotisation d'assurance et la Période de couverture. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement de la Cotisation d'assurance s'effectue.
- **La présente notice d'information valant conditions générales** : il s'agit du présent document définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursements), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion.

IMPORTANT

Lors de votre adhésion, vous avez reçu une lettre d'accueil par email comprenant votre carte MSH. Conservez-la, elle facilitera vos démarches auprès des professionnels de santé.

6.2.5. OBTENIR UN CERTIFICAT D'ADHESION POUR UN NOUVEL AYANT DROIT

En cas de modification de sa situation de famille, l'adhérent peut demander à inscrire un nouvel ayant droit à l'adhésion sous réserve d'en faire la demande auprès de MSH dans un délai d'un (1) mois qui suit la date de modification de la situation de famille. À défaut, **l'inscription du nouvel ayant droit n'est possible qu'à la date de reconduction de l'adhésion**. Dès l'inscription d'un nouvel ayant droit, subordonnée le cas échéant à son acceptation à la suite du processus de formalités médicales par notre Médecin Conseil, nous vous enverrons un nouveau Certificat d'adhésion pour prendre en compte l'ajout du nouvel Ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession.

6.2.6. ANNULER VOTRE ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DELAI DE RENONCIATION

- **Si l'adhérent a été démarché à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail :**

En application de l'article L.112-9 du code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile ou à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date d'envoi de son certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de quatorze (14) jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation

- **Si l'adhésion a été conclue à distance (par internet, par téléphone, par courrier ou par fax) :**

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances relatif à la vente à distance, l'adhérent bénéficie de la faculté de renoncer à son adhésion au contrat dans un délai de quatorze (14) jours révolus à compter soit de la date d'adhésion soit de la date d'envoi de son certificat d'adhésion si elle est postérieure, sans motif ni pénalité. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de quatorze (14) jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- **Comment exercer son droit de renonciation dans les deux cas précités ?**

L'adhérent peut renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception adressé à l'assureur selon le modèle de rédaction ci-dessous :

« Je soussigné(e) (nom - prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion (n° d'adhésion à préciser) au contrat n° 0210/670381/10000 neoTempo USA en euro, n° 0210/670381/55555 neoTempo USA en dollar, n° 0210/672462/10000 neoTempo hors USA en euros, n° 0210/672462/55555 neoTempo hors USA en dollar ou n° 0329/672462/10014 neoTempo en France et en euros (nom du contrat et n° de l'adhésion au contrat à préciser), conclue :

- à la suite d'un démarchage à mon domicile^(*).

- à distance^(*) le / /

et demande le remboursement de la Cotisation versée, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur.

(Date et signature). »

^(*) selon la situation

La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique, par le Gestionnaire MSH.

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la Date de résiliation.

L'assureur est tenu de lui rembourser le solde des cotisations au plus tard dans les trente (30) jours suivant la Date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la Cotisation reste due à l'Assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat et dont l'Adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

6.2.7. PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour l'Adhérent : La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur après réception par ce dernier :

- de la Demande d'adhésion et du ou des Questionnaire(s) de santé, dûment complété(s) et signé(s),
- et du règlement total de la première échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle de la Cotisation.

L'adhésion prend effet, le 1^{er} ou le 15 du mois qui suit la date de notification de l'acceptation de l'adhésion. Cette date est indiquée au Certificat d'adhésion.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs Enfants à charge, âgés entre dix (10) et dix-sept (17) ans inclus maximum, expatrié(s) hors de son (leur) pays d'origine et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion prend également effet dans les conditions prévues ci-dessus.

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme indiquée sur le Certificat d'adhésion, minimale de trois (3) mois incompressible et maximale trente-six (36) mois. Elle est reconductible dans les conditions prévues au paragraphe « Renouveler votre adhésion au contrat » ci-après.

Pour les Ayants droit de l'Adhérent : Sous réserve de l'acceptation de l'assureur aux vues des formalités médicales demandées, l'inscription à l'adhésion des Ayants droit prend effet :

- à la même date que pour les Adhérents eux-mêmes lorsque leur inscription est demandée à l'origine de l'adhésion,
- lors de la modification de la situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un pacte civil de solidarité, de Concubinage, de naissance ou d'adoption d'enfant, le 1^{er} ou le 15 du mois qui suit la date d'acceptation de ce ou ces nouveaux Ayants droit par l'Assureur, **sous réserve d'une déclaration au Gestionnaire (MSH) de cette modification dans les trente (30) jours qui suivent la modification**. À défaut, l'inscription de l'Ayant droit concerné sera reportée à la date de reconduction de l'adhésion suivant la demande.

Les garanties prennent effet pour chaque Adhérent et ses Ayants droit, sous réserve de l'application des Délais de carence suivants :

- immédiatement à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus pour :
 - les hospitalisations et la médecine courante lorsqu'elles font suite à une Urgence médicale, un Accident ou à une Maladie inopinée,
 - les Consultations et soins dentaires/ophtalmologiques d'urgence lorsqu'ils font suite à une Urgence médicale un Accident ou à une Maladie inopinée,

- les vaccins et les traitements antipaludéens garantis dans le cadre de l'option « Prévention ».
- Ou après application des Délais de carence suivants (selon les garanties souscrites) détaillés ci-dessous :

Détail des délais de carence

Délai de carence de trois (3) mois pour :

- les frais d'hospitalisation
- la médecine courante
- les frais d'optique
- les frais dentaires

Aucun Délai de carence ne sera appliqué lorsque l'adhésion fait suite à un contrat antérieur souscrit par l'intermédiaire du Gestionnaire (MSH) et offrant des garanties équivalentes, tant en termes de garanties souscrites que de niveaux de remboursement, depuis au moins six (6) mois.

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la Date d'effet des garanties.

Lorsque l'Adhérent demande à souscrire aux garanties optionnelles **après six (6) mois d'adhésion au contrat**, la ou les garanties optionnelles prendra(ont) effet, sous réserve du résultat des formalités médicales, à l'expiration des Délais de carence prévus au paragraphe ci-dessus. Les délais de carence seront décomptés à compter de la date d'acceptation de la modification par l'Assureur. **Avant absorption de ces délais de carence, seules les garanties initialement souscrites dans le cadre de l'adhésion seront accordées.**

6.2.8. RECONDUIRE ET RESILIER VOTRE ADHESION AU CONTRAT

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme, minimale de trois (3) mois et maximale trente-six (36) mois.

L'adhésion au contrat peut être reconduite sur demande expresse de l'adhérent et à condition que celui-ci et ses ayants droit continuent de répondre aux conditions énoncées au contrat, sous réserve :

- que la demande de reconduction parvienne à l'assureur deux (2) semaines avant la date de cessation de l'adhésion,
- de l'accord de l'assureur.

Le changement de niveau de couverture, la souscription et/ou la résiliation des options de garanties « Médecine courante », « Optique et dentaire » et/ou « Prévention » est possible dans les conditions énoncées au paragraphe 6.2.2 « Votre adhésion au contrat et les personnes garanties ».

L'adhésion peut être renouvelée pour des périodes successives et continues d'un (1) mois minimum et jusqu'à trente-six (36) mois maximum au total. La nouvelle date terme de l'adhésion sera communiquée à l'adhérent.

En tout état de cause, la durée maximale d'une adhésion au contrat, y compris ses reconductions éventuelles, est fixée à trente-six (36) mois.

- **Résiliation infra-annuelle :** Dans tous les cas, après l'expiration d'un délai d'un (1) an d'assurance continue à compter de la date d'effet de son adhésion, l'adhérent peut résilier son adhésion au contrat à tout moment, conformément à l'article L.113-15-2 du code des assurances.

L'adhésion cessera un (1) mois après réception par l'assureur de la notification adressée par l'adhérent.

Cette résiliation peut être exercée sans frais ni pénalités. Pour exercer ce droit, l'adhérent peut notifier sa demande à l'assureur par lettre, courrier électronique ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances.

- **Autres cas de résiliation de l'adhésion au contrat :** L'adhésion au contrat prend fin en cas de résiliation notifiée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles prévues à l'article « Cessation de l'adhésion et fin des garanties » et peut être résiliée conformément aux dispositions prévues en cas de :
 - en cas de non-paiement des cotisations,
 - en cas de refus de l'évolution de la cotisation proposée par l'assureur en application de la clause d'ajustement annuel (article « Cotisations »),
 - en cas de refus de la modification proposée par l'assureur (article « Révision »),

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'assureur en cas de constat d'une fausse déclaration (article « Fausses déclarations »).

Pour exercer ce droit de résiliation, l'adhérent peut notifier sa demande à l'assureur par lettre, courrier électronique ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. Si la demande émane de l'assureur, elle doit être formulée par lettre recommandée.

En outre, en cours d'adhésion, les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. L'adhérent sera dans ce cas informé des modifications, trois (3) mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Si l'adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé, dénoncer son adhésion par lettre, courrier électronique ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances.

6.2.9. CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION)

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Adhérent et ses Ayants droit :

- **À la date de fin de l'adhésion figurant au certificat d'adhésion,**
- **A la Date de résiliation du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative par l'association contractante ou par l'assureur :** Dans ce cas, l'Assureur proposera à l'Adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la Cotisation indiquée par l'Assureur,
- Lorsque l'Adhérent n'adhère plus à l'Association contractante, cette dernière devant en aviser le Gestionnaire (MSH) dans un délai d'un (1) mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après douze (12) mois d'adhésion au contrat,

- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion telle que mentionnée à l'article 6.2.8 « Reconduire et résilier votre adhésion au contrat », cette demande pouvant intervenir à tout moment mais au plus tôt après 12 mois d'adhésion au contrat,
- En cas de non-règlement des cotisations** : à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée, si la Cotisation relative à l'adhésion n'est plus réglée,
En cours d'année : dès lors que l'adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion au contrat comme par exemple dans le cas d'un retour dans le pays d'origine ou l'inscription par l'employeur à un contrat de même nature ou à la sécurité sociale française ou locale ; la cessation de l'adhésion prendra effet le 1^{er} ou 15 du mois suivant la date de réception d'un justificatif officiel. La date de fin de l'adhésion au contrat sera déterminée par la date de réception du justificatif et ne pourra être effective avant un préavis minimal d'un (1) mois. Par exemple, nous recevons une demande de résiliation avec un justificatif de retour officiel le 26 janvier, l'adhésion au contrat ne pourra prendre fin avant le 1^{er} mars.

Le gestionnaire MSH se donne le droit de vérifier la véracité des justificatifs officiels. Dans le cas où les justificatifs seraient faux, la cessation de l'adhésion en cours d'année ne pourra avoir lieu et les cotisations resteront dues jusqu'à une éventuelle résiliation infra-annuelle ou la date de cessation de l'adhésion prévue au certificat d'adhésion.

En cas de décès de l'Adhérent : À cette date, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant, inscrit au contrat, pourra souscrire une adhésion au contrat pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit ; dans les conditions de la section **VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES** au chapitre **LA VIE DE VOTRE CONTRAT**. Toutefois, aucune formalité médicale ne sera exigée par l'Assureur.

L'adhésion et les garanties cessent en tout état de cause :

- à la date de fin portée sur le certificat d'adhésion ou notifiée à l'adhérent lors de la reconduction de l'adhésion,
- à la date du retour définitif (séjour continu supérieur à six [6] mois) dans le pays d'origine.

Il est précisé que toute radiation est définitive. La cessation de l'adhésion de l'Adhérent entraîne en tout état de cause et à la même date, la cessation des garanties et la radiation de tous ses Ayants droit.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de dix (10) ans au moins et de moins de dix-huit (18) ans, expatrié(s) hors de son (leur) pays d'origine et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion et les garanties cessent, pour chacun des enfants concernés, dès qu'il atteint son dix-huitième (18^{ème}) anniversaire. À cette date, cette adhésion pourra être poursuivie, l'enfant acquérant la qualité d'Adhérent.

Les garanties prennent fin, en tout état de cause, pour les Ayants droit :

- pour le Conjoint: à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire, ou pour le Partenaire: à la date de rupture du pacte civil de solidarité, ou pour le Concubin: à la date de cessation du Concubinage,
- pour les enfants: dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'Adhérent et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur vingtième (20^{ème}) anniversaire ou leur vingt-sixième (26^{ème}) anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par le contrat au 1^{er} euro.

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

L'adhésion au contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute Prestation ou service exposerait l'Assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

6.2.10. APPORTER DES MODIFICATIONS A VOTRE ADHESION

Nous vous adressons toutes les communications et informations importantes relatives à votre adhésion à l'adresse que vous nous avez indiquée dans le Bulletin d'adhésion (adresse privée de correspondance et adresse e-mail). Si vous souhaitez les modifier, vous pouvez le faire directement via votre **Espace Assuré**, rubrique **Votre Affiliation/Votre situation** ou auprès de MSH. Vous devez nous informer si vous/vos ayants droit changez d'adresse, de pays de résidence principale, ou de nationalité dans les plus brefs délais possibles.

- CHANGEMENT DE LIEU DE RESIDENCE, D'ADRESSE POSTALE OU D'ADRESSE E-MAIL**

Merci de nous informer systématiquement par écrit le plus rapidement possible en cas de :

- changement d'adresse privée de correspondance, y compris si vous restez dans le même Pays de résidence principale.
- changement d'adresse e-mail,
- changement de Pays de résidence principale.

IMPORTANT

Si vous déménagez dans un autre pays, il est de votre responsabilité de nous en informer immédiatement. En effet, votre nouveau Pays de résidence principale peut être caractérisé par des niveaux de coûts de santé différents de votre Pays de résidence principale actuel, nécessitant un ajustement, à la hausse ou à la baisse, de votre zone de couverture et de la Cotisation correspondante. Aussi, merci de nous tenir informés de tout changement d'adresse qui vous concerne et/ou concerne vos Ayants droit dans un délai de deux (2) semaines avant ledit changement.

- DECES DE L'ADHERENT PRINCIPAL OU D'UN AYANT DROIT**

Si l'Adhérent principal devait décéder, il conviendrait alors de nous en informer dans un délai d'un (1) mois suivant le décès de celui-ci. L'adhésion au contrat prendrait alors fin et un remboursement de la Cotisation serait effectué au prorata. S'il en exprime le souhait, le premier Ayant droit indiqué sur le Certificat d'adhésion aurait alors la possibilité de nous faire parvenir une demande pour devenir l'Adhérent principal du contrat (s'il a atteint l'âge de dix-huit [18] ans) et inclure à son contrat les autres Ayants droit.

En cas de décès d'un Ayant droit, sa couverture prendra fin et un remboursement de la Cotisation de cet Ayant droit sera effectué au prorata.

- **INSCRIPTION ET CESSATION DE L'INSCRIPTION D'UN AYANT DROIT**

En cas de modification de sa situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, naissance d'enfant,...), l'adhérent peut demander à inscrire un nouvel ayant droit à l'adhésion sous réserve d'en faire la demande auprès de MSH dans un délai d'un (1) mois qui suit la date de modification de la situation de famille. **À défaut, l'inscription du nouvel ayant droit n'est possible qu'à la date de reconduction de l'adhésion.**

En cas de modification de sa situation de famille (divorce, rupture du PACS ou du concubinage, fin des études de l'enfant, 20^{ème} ou 26^{ème} anniversaire de l'enfant,...), l'inscription à l'adhésion cesse en tout état de cause à la date à laquelle la personne concernée cesse de répondre à la définition d'un ayant droit. L'Adhérent principal doit en faire la déclaration à MSH dans le plus bref délai possible. **À défaut de cette déclaration, l'assureur se réserve le droit de réclamer toute prestation induite qu'il aurait pu être amené à verser à tort.**

- **CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE**

Un changement de niveau de couverture est possible, sous réserve de nous en informer au plus tard un (1) mois avant, dans les conditions ci-après :

Pour augmenter le niveau de couverture :

Un seul changement est possible par période de douze (12) mois (année d'assurance) et sous réserve d'avoir adhéré au contrat depuis au moins six (6) mois à la date de la demande de changement.

Pour diminuer le niveau de couverture :

Le changement est possible sous réserve d'avoir adhéré au niveau de couverture, que vous souhaitez quitter, pendant douze (12) mois à la date du changement. Le niveau de couverture alors retenu le restera pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

- **CHANGEMENT DE NIVEAU D'INTERVENTION (DES LE 1^{ER} EURO/DOLLAR OU EN COMPLEMENT DE LA CFE)**

Un changement de niveau d'intervention ne peut avoir lieu que sous réserve d'avoir adhéré au contrat depuis au moins six (6) mois. Il conviendrait alors de nous en informer au plus tard un (1) mois avant la date de changement. **Un seul changement de niveau d'intervention pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT OPTION(S)**

La souscription et/ou la résiliation des options de garanties « Médecine courante », « Optique et dentaire » et/ou « Prévention » est possible, sous réserve de nous en informer au plus tard un (1) mois avant, dans les conditions ci-après :

Pour ajouter une option de garanties :

Un seul changement par option de garanties et par période de douze (12) mois (année d'assurance) peut être effectué et ce, sous réserve d'avoir adhéré au contrat depuis au moins six (6) mois à la date de la demande de changement.

Pour résilier une option de garanties :

La résiliation d'une option de garanties est possible sous réserve d'avoir adhéré à cette option pendant douze (12) mois à la date de la demande de résiliation. L'option de garanties alors résiliée le restera pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

- **CHANGEMENT DE DEVISE (EURO OU DOLLAR)**

Un changement de devise quel qu'il soit ne peut avoir lieu qu'à la date de reconduction de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de devise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT DE ZONES DE COUVERTURE (ZONE 1, 2, 3, 4 OU 5) ET AJOUT D'UN AYANT DROIT AU CONTRAT**

Contactez votre centre de gestion pour toute modification de Zone de couverture ainsi que pour ajouter un Ayant droit à l'adhésion au contrat.

6.3. / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

6.3.1. CALCUL DE LA COTISATION A LA DATE DE VOTRE ADHESION AU CONTRAT

La Cotisation annuelle est fixée, par personne assurée, en fonction :

- de l'âge (calculé par différence de millésime) de la personne assurée,
- de la Zone de couverture sélectionnée,
- du niveau de couverture souscrit (BASIC, REGULAR ou PLUS),
- des garanties souscrites (Garanties « Hospitalisation » uniquement ou Garanties « Hospitalisation » + Garantie(s) optionnelle(s) : « Médecine courante », « Optique et Dentaire » et/ou « Prévention »,
- de la couverture (au 1^{er} euro/dollar ou en complément de la CFE),
- et du tarif en vigueur à la date de souscription de l'adhésion.

Il est précisé que tant que trois (3) enfants au moins sont garantis au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les Cotisations de deux (2) enfants seront dues, les plus élevées en termes de montant, les autres enfants étant garantis sans contrepartie de Cotisation. Autrement dit, à partir du moment où trois (3) enfants au moins sont couverts au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les cotisations des deux (2) enfants dont les cotisations les plus élevées seront dues.

6.3.2. ÉVOLUTION DE LA COTISATION DANS LE TEMPS

- **Évolution des taxes :** Toute taxe ou contribution de nature sociale ou fiscale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.
- **Évolution en fonction de l'âge :** Le montant de la Cotisation est revu le **1^{er} janvier de chaque année** de chaque année, compte tenu de l'âge de l'Adhérent et de chacun des Ayants droit garantis, calculé par différence de millésime, en fonction du **tarif en vigueur à la date d'effet de l'adhésion au contrat.**

- **Évolution en cas d'ajout d'un ayant droit** : L'ajout d'un nouvel ayant droit donne lieu à une révision de la cotisation de votre adhésion au contrat. Le montant de la nouvelle Cotisation annuelle est revu compte tenu de l'âge, calculé par différence de millésime, du nouvel Ayant droit à garantir en fonction du **tarif en vigueur à la date de l'ajout**, éventuellement modifiée compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-après. Il est précisé que la cotisation de l'Adhérent et de chacun des autres Ayants droit garantis demeure déterminée en fonction du tarif en vigueur à la date d'effet de l'adhésion au contrat.
- **Évolution en cas de changement de zone de couverture** : Le changement de zone de couverture donne lieu à une révision de la cotisation de votre adhésion au contrat. Le montant de la nouvelle Cotisation annuelle est revu compte tenu de l'âge de l'Adhérent et de chacun des Ayants droit garantis, calculé par différence de millésime, et en fonction du **tarif en vigueur à la date du changement de zone**, éventuellement modifiée compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-après.
- **Évolution en cas de modification du niveau de couverture ou des options de garanties souscrites** : Le changement de niveau de couverture, la souscription et/ou la résiliation des options de garanties « Médecine courante », « Optique et dentaire » et/ou « Prévention » est possible une (1) fois par an et par garantie. Cette modification donne lieu à une révision de la cotisation de votre adhésion au contrat. Le montant de la nouvelle Cotisation annuelle est revu compte tenu de l'âge de l'Adhérent et de chacun des Ayants droit garantis, calculé par différence de millésime, et en fonction du **tarif en vigueur à la date de reconduction de l'adhésion au contrat**, éventuellement modifiée compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-après.

6.3.3. AJUSTEMENT DE LA COTISATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE OUVERT

Les taux de cotisations du contrat sont susceptibles d'être révisés, au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat d'assurance de groupe ouvert, souscrit par l'association ASFE auprès de Groupama Gan Vie, l'Assureur, enregistrés au cours de l'année civile écoulée et de la dérive des coûts de santé constatés dans le Monde.

À compter du jour où elle a connaissance d'une majoration des taux de cotisation, l'association contractante aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de trente (30) jours. À cet effet, elle adressera une lettre ou un courrier électronique à l'assureur ou, tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. La résiliation prendra effet un (1) mois après la date d'expédition ou de remise de la notification.

6.3.4. MODALITES DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET DES FRAIS SUPPLEMENTAIRES

Les Cotisations sont payables à l'ordre d'ASFE trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros ou dollars US.

Les Appels de cotisation d'ASFE sont envoyés en fonction de la périodicité du paiement que vous avez choisie lors de votre adhésion trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Pour votre règlement, vous avez le choix entre différents modes de paiement :

- EN LIGNE, PAR CARTE BANCAIRE (VISA – MASTERCARD – AMERICAN EXPRESS) : sur www.msh-intl.com, dans votre **Espace assuré**, rubrique **Paiement en ligne**.
- PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (SUR COMPTE EN FRANCE OU À MONACO UNIQUEMENT) : Complétez et signez l'autorisation de prélèvement automatique fournie avec votre Appel de cotisation (également disponible sur simple demande).
- PAR VIREMENT
 - de France : utilisez les références bancaires de MSH.
 - ou de l'étranger : par Swift, utilisez les IBAN et BIC de MSH.

Merci de nous contacter pour connaître nos coordonnées bancaires. Indiquez votre n° d'Adhérent ASFE (très important pour une bonne imputation du virement). Les frais afférents à ce mode de paiement seront à votre charge.

6.3.5. INFORMATIONS EN LIGNE SUR LE REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

Pour une meilleure information sur le règlement de votre Cotisation, vous recevrez par e-mail, selon la périodicité choisie, un Appel de cotisation ASFE un mois avant chaque échéance due. Nous vous invitons ainsi à toujours réactualiser votre adresse e-mail afin de permettre une meilleure communication et un suivi régulier de vos Cotisations.

6.3.6. PROCEDURE EN CAS DE NON-REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

En application des dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, toute Cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.

En cas de non-paiement d'une Cotisation par l'Adhérent, en application des dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'Association contractante doit, au plus tôt, dix (10) jours après la date d'échéance de la Cotisation impayée, adresser à l'Adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'Assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la Cotisation. L'Adhérent reste redevable de l'intégralité de la Cotisation jusqu'à sa date de radiation.

6.3.7. FRAIS DE BANQUE

Vous devez vous acquitter des éventuels frais administratifs que votre banque pourrait vous faire supporter dans le cadre du paiement de votre Cotisation.

6.3.8. REMBOURSEMENT DE LA COTISATION

En cas de Résiliation de l'adhésion au contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée.

7. / DISPOSITIONS DIVERSES

7.1. / INFORMATIONS LEGALES

7.1.1. LEGISLATION APPLICABLE ET JURIDICTION

Le Contrat d'assurance de groupe ouvert est régi par le droit français et par le Code des Assurances français et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Ils relèvent de la branche 2 (Maladie) de l'article R. 321-1 du Code des Assurances.

Les déclarations de l'Association contractante, des Adhérents et des Assurés servent de base aux garanties du contrat. L'Association contractante, l'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

7.1.2. INFORMATION DES ADHERENTS

La présente notice d'information établie par l'Assureur valant conditions générales est remise à chaque Adhérent par l'Association contractante, accompagné du Certificat d'adhésion valant conditions particulières.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, trois (3) mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

Si l'adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la date à laquelle il a été informé, dénoncer son adhésion par lettre, courrier électronique, ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances.

7.1.3. LANGUE APPLICABLE

La langue du contrat d'assurance de groupe est la langue française. En cas de désaccord sur l'interprétation des garanties de ce contrat, seule la version française de ce contrat ne saurait être prise en considération. Les traductions des documents contractuels composant le contrat ne sont mises à la disposition des Adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

7.1.4. PRESCRIPTION

En application de l'article L114-1 du code des Assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court que du jour où :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru : l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre : 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.

En application de l'article L114-2 du code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil français),
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil),
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que 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 interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

Le délai de prescription est également interrompu par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Il est précisé que l'adhésion au contrat est sans effet lorsque l'exécution du contrat, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en

vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

7.2. PROCEDURES DE RECLAMATION ET SERVICE DE MEDIATION

Pour toute réclamation, l'Adhérent ou l'Ayant droit peut s'adresser au service en charge de la relation avec la clientèle de l'Assureur par téléphone au 01 70 96 62 68.

S'il n'est pas donné satisfaction à la réclamation orale, l'assureur invite l'adhérent ou toute personne susceptible de bénéficier du contrat à écrire en indiquant expressément les références de son adhésion au contrat :

- au Gestionnaire MSH par écrit à l'adresse suivante : MSH, Service réclamation, 23 allées de l'Europe 92 587 Clichy Cedex.
- ou par email à l'adresse src-collectives@ggvie.fr
- ou par courrier postal à : Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs - Immeuble WP2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre.

Si cette réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'Assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie – Service Réclamations – TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex - <https://reclamations.ggvie.fr> Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

Si cette réponse ne satisfait pas le demandeur, ou si aucune réponse n'a été apportée à l'issue d'un délai de deux (2) mois, l'intéressé dispose du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site : www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si la personne le souhaite, le Service Réclamations de l'assureur reste à sa disposition sur le site : <https://reclamations.ggvie.fr> ou par courrier (Groupama Gan Vie Service Réclamations - TSA 91414 - 35090 Rennes CEDEX 9).

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr.

7.3. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes des activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi Informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

Il est convenu entre les parties que toute communication d'information entre l'adhérent et le délégataire, MSH, dans un sens comme dans l'autre est à considérer comme une communication entre l'adhérent et l'assureur et ce, dans les conditions et limites définies par le mandat de gestion liant le délégataire et l'assureur.

• Droits des personnes :

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité, du droit de :

- prendre connaissance des informations dont l'assureur dispose et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification),
- demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation),
- s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition),
- récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données),
- définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, au service suivant :

Groupama Gan Vie - Délégué Relais à la Protection des Données
Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre – contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur : Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil – Service médical Collectives - Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

• Pourquoi l'assureur collecte-t-il des données personnelles ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- La gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat) et l'exécution des garanties du contrat ;
- La gestion des clients ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- La mise en place d'actions de prévention ;
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- La conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord des intéressés.

S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone de l'adhérent pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation de l'adhérent pour lui proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet indiqué aux conditions particulières pour en savoir plus) ;
- la communication des données de l'adhérent à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droit des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'y opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur. Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'y opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter l'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs. Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même. Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

- **Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

- **A qui sont communiquées ces informations ?**

Les données à caractère personnel traitées sont destinées, **dans la limite de leurs attributions**, aux services de l'assureur ou des entreprises du Groupe Groupama en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats, de lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle.

Ces informations peuvent également être communiquées, dès lors que cela est nécessaire, aux réassureurs, intermédiaires, partenaires, et sous-traitants, ainsi qu'aux organismes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels les organismes publics ou autorités de tutelles, ou les organismes professionnels (dont ALFA à des fins de lutte contre la fraude et TRACFIN pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Les informations relatives à la santé de la personne assurée sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'autres entités du Groupe, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos experts médicaux).

7.4. DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS A L'ADHESION AU CONTRAT

7.4.1. ÉCHANGES DEMATERIALISES AVEC L'ASSOCIATION CONTRACTANTE ET L'ADHERENT

S'agissant des informations et documents relatifs à leur contrat, l'association contractante et l'adhérent sont informés que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment leur fournir ou mettre à leur disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via leur espace client sécurisé respectif. Par la communication de leur adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, l'association contractante et l'adhérent reconnaissent que cette dématérialisation est adaptée à leur situation.

L'association contractante et l'adhérent peuvent, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à leur charge.

Pour ce faire, L'association contractante et l'adhérent, peuvent adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler. Ils peuvent également faire leur choix à partir de leur espace client sécurisé.

L'association contractante et l'adhérent s'engagent à informer sans délai l'assureur de toute modification de leur adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de leur situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de leur contrat.

7.4.2. MISE A DISPOSITION D'UN ESPACE CLIENT SECURISE

L'assureur peut mettre à disposition de l'association contractante et de l'adhérent un espace client sécurisé permettant à ces derniers :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur. Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'adhérent puisse s'y reporter.
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion du contrat.

Code d'accès : L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué à l'association et à l'adhérent de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par leurs soins. Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'identifier l'association contractante et l'adhérent, permettant ainsi de garantir leur habilitation à consulter et à gérer leur contrat dans l'espace client.

L'association contractante et l'adhérent s'engagent à assurer la confidentialité de leur code d'accès respectif.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, l'association contractante et l'adhérent doivent impérativement et sans délai en informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe leur soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'association contractante et de l'adhérent.

En cas de négligence de leur part, ils sont seuls responsables de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de leur code d'accès confidentiel.

Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU) : Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de leur code d'accès, l'association contractante et l'adhérent doivent prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de leur contrat et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

7.4.3. CONVENTION DE PREUVE

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'association contractante et à l'adhérent,
- à la mise à disposition par l'assureur d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé,
- aux opérations de consultation et de gestion de son contrat effectuées par l'adhérent dans son espace client sécurisé.

L'association contractante, l'adhérent et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion et plus généralement toute opération effectuée dans son espace client sécurisé, après authentification au moyen de son code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'association contractante et l'adhérent ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations réalisées par l'association contractante et l'adhérent dans leur espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur seront opposables à l'association contractante et l'adhérent et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre l'association contractante, l'adhérent et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur seront opposables à l'association contractante et l'adhérent et auront valeur de preuve.

7.5. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier.

L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses clients.

7.6. JURIDICTION

L'association contractante, l'assureur et les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

7.7. CAS DE FORCE MAJEURE

L'Assureur ne peut être tenu pour responsable des manquements à l'exécution de ses obligations résultant de cas de force majeure (*Tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur à la volonté de la personne assurée, déclaré par les autorités publiques de l'état dans lequel il séjourne*) ou des événements suivants: guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des Prestations résultant des mêmes causes.

7.8. RESPONSABILITE

La responsabilité de l'Assureur vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants qui figurent dans le Tableau des garanties. En aucun cas, le montant du remboursement, lié aux conditions du contrat, des couvertures médicales publiques ou de toute autre assurance, ne sauraient excéder le montant des frais indiqués sur la facture.

7.9. COMMUNICATION AVEC LES AYANTS DROIT

Dans le cadre de l'administration de l'adhésion au contrat d'assurance, le Gestionnaire peut être amené à demander des informations complémentaires à l'Adhérent et à ses Ayants droit. Si le Gestionnaire doit communiquer au sujet d'un Ayant droit (par exemple si des informations supplémentaires sont requises pour traiter une demande de remboursement), le Gestionnaire du contrat pourra contacter l'Adhérent principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses Ayants droit, afin que celui-ci transmette les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par le contrat pourra être envoyée directement à l'Adhérent principal.

8. / ACCÈS A VOS CONTACTS

OBTENTION DE VOS IDENTIFIANTS

- 1 Connectez-vous sur www.msh-intl.com dans votre **Espace Assuré**.
- 2 Sur l'écran d'authentification, cliquez sur « **Obtenir vos identifiants** ».
- 3 Renseignez les informations demandées et cliquez sur « **Envoyer** » - Vous recevrez vos login et mot de passe directement par e-mail.

Pour toute demande, contactez-nous 7j/7, 24h/24 :

AMÉRIQUE

MSH
2900, 605 – 5th Avenue S.W.
Calgary, Alberta T2P 3H5
CANADA
Tél. : +1 403 538 2365
Fax : +1 403 265 9425
adminamericas@msh-intl.com

EUROPE

MSH
23 allées de l'Europe
92587 Clichy cedex
FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 20 48 07
Fax : +33 (0)1 44 20 48 79
admin europe@msh-intl.com

ASIE DU SUD EST

MSH
B-12-1, Menara UOA Bangsar, Tower B
5 Jalan Bangsar Utama 1, Bangsar
59000 Kuala Lumpur
MALAYSIA
Tél: +60 386 810 818
adminasia@msh-intl.com

MOYEN-ORIENT

MSH
19th Floor, One by Omnyat,
Business Bay,
DIFC, P.O. BOX: 506537
Dubai
EMIRATS ARABES UNIS
Tél. : +971 4 365 1305
Fax : +971 4 363 7327
adminmea@msh-intl.com

ASIE

MSH
5/F, North Tower, Building 9,
Lujiazui Software Park,
Lane 91, E Shan Rd,
Shanghai – P.R. CHINA, 200127
Tél. : +86 21 6187 0593
Fax : +86 21 6160 0153
directshanghai@msh-intl.com

AFRIQUE

Immeuble Azur Work Space
42, rue Platon Zone d'activité Khairredine
Lac 3 - Tunis Tunisie
Tél : +216 31 38 45 55
adminafrica@msh-intl.com

9. ANNEXE : LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les médicaments sur prescription pour une affection longue durée sont prescrits pour les affections de longue durée listées ci-dessous :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- maladie coronaire
- insuffisance respiratoire chronique grave
- maladie d'Alzheimer et autres démences 2,3
- maladie de Parkinson 3
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- mucoviscidose
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- paraplégie
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodémie systémique
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques 3
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- spondylarthrite grave
- suites de transplantation d'organe
- tuberculose active, lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile.

MSH, concepteur et gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 400 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le monde.

MSH met à votre service une équipe dédiée, disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien.

VOS CONTACTS

MSH

Pour de plus amples informations ou pour souscrire, vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : sales@msh-intl.com
- Site web: www.msh-intl.com



pour le compte de



MSH, société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est au 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, Cedex 17 France. Immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le n° 352 807 549, inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 002 751, numéro de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549. MSH est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Groupama Gan Vie, Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € - RCS Paris 340 427 616 APE 6511 Z, Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01.44.56.77.77, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution -) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie.

www.gan-eurocourtage.fr - contact-collectives@gan.fr

Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social est 1 promenade de la bonnette - 92230 GENNEVILLIERS

Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

