

Numéro de contrat : MGENIB1200092SNN

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

SafeHospi

Souscrit par l'Association E-safecare.org pour le compte de ses membres

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2022

En qualité de personne expatriée membre de l'Association E-safecare.org, vous bénéficiez des garanties de santé souscrites par votre Association auprès de VYV International Benefits, sous le numéro de contrat n° MGENIB1200092SNN, qui a pour objet de faire bénéficier facultativement les adhérents du Souscripteur, personnes physiques expatriées, d'une somme forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation découlant d'une maladie ou d'un accident.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définies dans la présente notice.

*Contrat intermédié par Courtage d'Assurances Maritimes et Transports (COAM)
ZI de Kaweni – BP471 – 97600 MAMOUDZOU, ORIAS n° 10056819*

Table des matières

Section 1 : Objet et base de la Notice d'Information	1
Section 2 : Les Adhérents	7
Section 3 : Les Prestations	9
Section 4 : Risques et prestations exclus au titre des prestations santé	9
Section 5 : Les définitions	10
Annexe 1 : Tableau des garanties	12

Section 1 - Objet et base de la notice d'information

1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association **E-safecare.org**, pour le compte de ses Adhérents, personnes physiques expatriées, auprès de l'Organisme assureur MGEN, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB). Les déclarations, tant du Souscripteur que des Adhérents, lui servent de base.

Il relève de la branche 2 - Maladie, définie à l'article R.211-2 du Code de la mutualité et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et la législation française en vigueur.

Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les adhérents du Souscripteur, personnes physiques expatriées, d'un versement forfaitaire en cas d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie.

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

2- Effet, durée, renouvellement du contrat d'assurance objet de la présente notice

Le contrat, objet de la présente notice, prend effet le 1^{er} janvier 2022 pour une période se terminant le 31 décembre 2022. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des Parties.

Le contrat peut être résilié :

- **A l'initiative de l'Organisme assureur :**
 - en adressant au Souscripteur une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle

du contrat fixée au 31 décembre, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation est effective au 31 décembre, à minuit, de l'année au cours de laquelle elle est notifiée.

- en cas de non-paiement de la Prime par le Souscripteur, selon les modalités définies dans la présente notice.
- en cas de désaccord entre le Souscripteur et l'Organisme assureur suite à une proposition de révision du contrat.

- **A l'initiative du Souscripteur :**

- à la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre par notification de sa volonté au moins deux (2) mois avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation est effective au 31 décembre, à minuit, de l'année au cours de laquelle elle est notifiée.
- sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai minimal de douze (12) mois à compter de la première souscription du contrat, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Organisme assureur en ait reçu notification.

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

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

En outre, le contrat est résilié de plein droit :

- à la suite d'une dissolution du Souscripteur.
- à la suite d'une dissolution de l'Organisme assureur.

En cas de cessation d'activité du Souscripteur ou de résiliation du contrat par l'une ou l'autre des Parties, aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée à compter de la date d'effet de la résiliation.

L'Organisme assureur s'engage à poursuivre au niveau atteint et jusqu'à leur terme le service des prestations acquises ou nées avant la date à laquelle son engagement de garantie prend fin.

3- Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion et renonciation

3.1 Adhésion

La demande d'adhésion au contrat, objet de la présente notice, se fait au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation (BIA) rempli, daté et signé par le candidat à l'assurance.

Ce bulletin individuel d'affiliation précise l'identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, et doit recueillir le consentement de l'Adhérent à l'assurance.

L'Adhérent doit reconnaître avoir pris connaissance des documents précontractuels ainsi que de la notice d'information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l'Adhérent, son Conjoint et l'ensemble des Ayants-droit bénéficiant des garanties du contrat, le cas échéant.

L'acceptation de l'Organisme assureur est notifiée à l'Adhérent par l'intermédiaire du Souscripteur.

Lors de l'adhésion au contrat de l'Adhérent ou d'un Ayant-droit, l'Adhérent doit régler d'avance la première cotisation. En cas de renonciation, la cotisation lui sera intégralement remboursée.

L'adhésion de l'Adhérent à l'assurance est constatée par un certificat d'adhésion, qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- le numéro du contrat,
- la date d'effet de l'adhésion,
- les nom(s) et prénom(s) de l'Adhérent et ceux des Ayants-droits le cas échéant,
- la zone de couverture,
- la nature et le montant des garanties souscrites,
- le montant de la cotisation correspondante et leurs modalités de paiement,
- les éventuelles dispositions spéciales.

3.2 Date d'effet et renouvellement

Pour l'Adhérent, l'adhésion à l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1^{er} janvier 2022, pour une période se terminant le 31 décembre de la même année.

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

L'adhésion de l'Adhérent peut être résiliée :

- **A l'initiative de l'Organisme assureur :**
 - en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, selon les modalités définies dans la présente notice,
 - à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent au Souscripteur,
 - en cas de fausse déclaration.
- **A l'initiative de l'Adhérent :**
 - à la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre par notification de sa volonté au Souscripteur, au moins deux (2) mois avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation est effective au 31 décembre, à minuit, de l'année au cours de laquelle elle est notifiée.
 - sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai minimal de douze (12) mois à compter de la première adhésion au contrat, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Organisme assureur en ait reçu notification.

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

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

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

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

- en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe, objet de la présente notice.

Lorsque l'adhésion est résiliée au titre de la résiliation infra-annuelle, l'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation de son contrat individuel d'assurance.

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

3.3 Faculté de renonciation en cas d'adhésion à distance

L'Organisme assureur, via le Courtier ou le Délégué, doit communiquer aux Adhérents, par écrit ou sur un autre support durable et de manière lisible et compréhensible, les conditions précontractuelles et contractuelles, notamment celles portant sur la faculté de renonciation en cas d'adhésion à distance à un contrat collectif à adhésion facultative.

Le contrat est conclu à distance si l'adhésion se fait sans la présence physique de l'Adhérent, au moyen d'une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat, notamment par internet ou démarchage téléphonique.

3.3.1 Délais de renonciation

Tout Adhérent ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de **quatorze (14) jours calendaires** révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Dans tous les cas, ce délai commence à courir :

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

Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

3.3.2 Modalités d'exercice de la faculté de renonciation

Le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative et, le cas échéant, la notice, comprennent à peine de nullité, un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

L'Adhérent doit compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement s'il souhaite exercer sa faculté de renonciation.

A l'attention de **ExpaTPA**, gestionnaire du contrat par délégation de l'assureur :
142, rue de Rivoli 75001 PARIS contact@expaTPA.fr :

Je/nous (*) vous notifie/notifions (*)
(indiquer votre nom(s), prénom(s) et adresse) par la

présente ma/notre (*) renonciation de ma/notre (*) adhésion au contrat collectif à adhésion facultative n° MGENIB1200092SNN auquel j'ai adhéré/nous avons adhéré (*) le (reporter la date d'adhésion) et demande/demandons (*) le remboursement du paiement de la cotisation d'un montant de (indiquer le montant et la devise) que j'ai/nous avons (*) effectué, déduction faite de la partie de cotisation correspondant à la période garantie.

Signature (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date :

(*) Rayez la mention inutile.

3.3.3 Effets de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

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 fin d'adhésion.

L'Organisme assureur, par l'intermédiaire du Délégué, est tenu de rembourser à l'Adhérent le solde de cotisation, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non remboursées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'Organisme assureur si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4- Dispositions complémentaires

4.1 Prescription

Toute action dérivant du contrat, objet de la présente notice, se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'Ayant-droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

4.2 Subrogation

Pour le paiement des prestations frais de santé à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Adhérents, des bénéficiaires ou de leurs Ayants-droit contre les tiers responsables.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par l'Organisme assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accidents suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Si le bénéficiaire des prestations a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par l'Organisme assureur est exigé.

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

L'Organisme assureur renonce à toute action récursoire contre le Souscripteur.

4.3 Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre l'Organisme assureur et **ExpaTPA, 142, rue de Rivoli 75001 PARIS** est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Organisme assureur délègue à ExpaTPA, et notamment les obligations de ce dernier vis-à-vis de l'Organisme assureur en matière :

- de recouvrement et de gestion des cotisations
- de gestion des affiliations
- de constitution des dossiers sinistres
- de règlement des sinistres
- et d'établissement de statistiques.

4.4 Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les Adhérents sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et son Délégué de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union

Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les Adhérents et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15** ou dpo@groupe-vyv.fr. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 7, France.

Les données relatives à l'état de santé des Adhérents, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux Adhérents eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du médecin conseil de medical@vyv-ib.com.

4.5 Renseignements - Réclamation – Médiation

Lorsque les Adhérents souhaitent obtenir des précisions, ils doivent s'adresser au Délégué de gestion **ExpaTPA, 142, rue de Rivoli 75001 PARIS** contact@expaTPA.fr pour toute demande ou réclamation portant sur :

- les conditions d'admission dans l'assurance,
- les sinistres,
- le règlement des cotisations.

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Après réponse, si la réclamation n'était pas réglée, les Adhérents peuvent écrire en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites à **VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, Tour Montparnasse, 33 Avenue du Maine 75015 Paris, France**. Courriel : clients@vyv-ib.com.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, le réclamant peut saisir le médiateur MGEN par écrit et adresser sa réclamation par voie postale à : **MGEN – Le Médiateur - 3, square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15** ou par email à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr ou sur le site dédié sur <http://www.mediation-mgen.fr/contact.php>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site dédié à la médiation sur <http://www.mediation-mgen.fr>.

4.6 Réticence ou fausse déclaration

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASEES SUR LES DECLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET SES ADHERENTS.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, TOUTE INEXACTITUDE OU OMISSION INTENTIONNELLE PEUT AMENER L'ORGANISME ASSUREUR A INVOQUER LA NULLITE DE L'ADHESION.

LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ORGANISME ASSUREUR QUI AURA DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

POUR LES OPERATIONS INDIVIDUELLES FACULTATIVES, L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ADHERENT DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE LA GARANTIE PREVUE AU BULLETIN D'ADHESION.

SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ORGANISME ASSUREUR A LE DROIT DE MAINTENIR L'ADHESION MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE COTISATION ACCEPTEE PAR L'ADHERENT. A DEFAUT D'ACCORD DE CELUI-CI, LE BULLETIN D'ADHESION OU LE CONTRAT PREND FIN DIX (10) JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ADHERENT PAR LETTRE RECOMMANDEE. L'ORGANISME ASSUREUR RESTITUE A CELUI-CI LA PORTION DE COTISATION PAYEE POUR LE TEMPS OU LA GARANTIE NE COURT PLUS.

SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE N'EST CONSTATEE QU'APRES LA REALISATION DU RISQUE, LA PRESTATION EST REDUITE EN PROPORTION DU MONTANT DE LA COTISATION PAYEE PAR L'ADHERENT PAR RAPPORT AU MONTANT DE LA COTISATION QUI AURAIT ETE DUE SI LA DECLARATION DE L'ADHERENT AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE.

4.7 Clause de limitation – Sanctions internationales

L'Organisme assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanction à la date de survenance de l'évènement, tel qu'édicte par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union européenne.

4.8 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Les tribunaux compétents sont les juridictions françaises. La langue utilisée au titre du contrat, objet de la présente notice, est la langue française.

4.9 Autorité de contrôle

L'organisme de contrôle de l'Organisme assureur est Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

Section 2 - Les Adhérents

5- Personnes assurées

Peuvent adhérer au contrat les personnes physiques expatriées, âgées de moins de 67 ans à leur date d'entrée dans l'assurance, adhérentes au Souscripteur, vivant en dehors de leur pays d'origine.

Sont également admissibles en tant qu'Ayants-droit, les Enfant(s) de l'Adhérent, et/ou de son Conjoint (partenaire de PACS ou Concubin), tels que définis au contrat, poursuivant des études dans la même zone de couverture que celle de l'Adhérent; ainsi que le Conjoint (ou le Partenaire de PACS ou le Concubin déclaré, à défaut de Conjoint), quel que soit son pays d'origine, s'il n'est pas ressortissant du pays d'expatriation/de résidence.

6- Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat :

- **soit l'Adhérent seul,**
- **soit l'Adhérent et ses Ayants-droit.**

Les personnes qui prennent la qualité d'Ayants-droit sont les suivantes :

- **le Conjoint**, c'est-à-dire l'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé, ni séparé de corps judiciairement,
- **ou le Partenaire** de l'Adhérent lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil) ou contrat civil équivalent en droit étranger
- **ou en l'absence de Conjoint ou Partenaire, le Concubin** déclaré.

On entend par « Concubin déclaré » la personne vivant avec l'Adhérent et remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Adhérent lors de son affiliation, avec production d'un certificat ou d'un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune. Le certificat doit être en vigueur et légalement reconnu par une autorité compétente dans le pays de concubinage. La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'affilié.

Chaque Adhérent ne peut avoir qu'un seul bénéficiaire au titre de la qualité de Conjoint, Partenaire ou Concubin.

- **Les Enfants** de l'Adhérent et/ou ceux de son Conjoint (ou Partenaire de PACS ou Concubin) :
 - âgés de moins de 21 ans, à condition qu'ils soient fiscalement à sa charge,
 - âgés de 21 ans jusqu'au jour de son 28ème anniversaire, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un pays de la zone de couverture de l'Adhérent (une activité rémunérée est acceptée à la condition qu'elle n'excède pas trois (3) mois par an),
 - s'ils sont physiquement ou mentalement handicapés, quel que soit leur âge, (la preuve du handicap et de sa persistance devant être régulièrement fournies à l'Organisme assureur) et qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes : ne pas être salariés ou ne pas bénéficier des ressources propres du fait de leur travail et être à la charge de l'Adhérent.

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité

sera requis, via le Délégué de gestion, à toute nouvelle adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire.

Si l'Adhérent ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation fiscale française.

Pour être considérés comme Adhérents, les Ayants-droit doivent être inscrits sur le bulletin individuel d'affiliation.

Tout changement de situation doit être porté à la connaissance de l'Organisme assureur par l'intermédiaire du Délégué de gestion, le cas échéant.

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

7- Conditions d'admission à l'assurance

Les Adhérents doivent au moment de leur affiliation remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation.

Les Adhérents, ainsi que leur(s) Ayant(s)-droit, le cas échéant, prennent la qualité d'Adhérent(s), une fois affilié(s) au contrat. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

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

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

8- Entrée en vigueur des prestations

Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent aux dates suivantes :

- **Personne affiliée lors de la prise d'effet du contrat :**
 - dès cette dernière date, sous réserve du paiement de la cotisation par l'Adhérent, si sa demande individuelle d'affiliation est reçue dans les quinze (15) jours suivant cette dernière date.
- **Personne affiliée postérieurement à la date d'effet du contrat :**
 - à la date d'affiliation figurant sur son certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la cotisation par l'Adhérent, si sa demande individuelle d'affiliation est reçue dans les quinze (15) jours suivant cette dernière date.

Les garanties au profit des Ayant-droits de l'Adhérent prennent effet en même temps que celles de l'Adhérent ou postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions d'éligibilité.

9- Cessation ou suspension des prestations

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la mutualité en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Les garanties cessent en tout état de cause :

- **Pour chaque Adhérent :**
 - à l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle ou infra-annuelle de son contrat individuel d'assurance,
 - dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de « personnes assurées »,
 - en cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions mentionnées dans la présente notice d'information,
 - à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent au Souscripteur,
 - en cas de fausse déclaration,
 - au plus tard au 31 décembre de l'année de ses 70 ans,
 - au jour du décès de l'Adhérent.

En cas de décès de l'Adhérent principal, les garanties du contrat sont proposées à l'Ayant-droit qui demande à acquérir la qualité d'Adhérent principal. Ce dernier souscrit un nouveau contrat sans sélection médicale et sans application des éventuels délais d'attente.

- **Pour la totalité des Adhérents :**
 - en cas de résiliation du t contrat d'assurance groupe, objet de la présente notice d'information.

Les garanties au profit des Ayant-droits cessent dès qu'ils ne remplissent plus les conditions prévues au contrat ou en même temps que celles de l'Adhérent.

La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne, tant pour l'Adhérent que pour ses éventuels Ayant-droits, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

Section 3 - Les prestations

10- Champ d'application territorial des garanties

Les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de

maladie ou d'accident :

- Dans le Monde entier

- En cas de maladie : 6 mois de délai de carence. Le cas échéant, l'Organisme assureur ne versera que l'indemnité journalière par jour d'hospitalisation.

11- Choix de la formule de garanties par l'Adhérent

Le choix de la formule est effectué par l'Adhérent lors de l'affiliation, parmi les formules suivantes :

- SafeHospi 1
- SafeHospi 2
- SafeHospi 3

L'Adhérent peut modifier son choix de formule ultérieurement par l'Adhérent. Dans ce cas, la date d'effet du changement de formule sera reportée au 1er janvier suivant ou à la date de renouvellement du contrat/de l'adhésion.

Si l'Adhérent opte pour une formule de garanties supérieure, les formalités médicales et les délais d'attente sont appliqués.

Le retour à un régime inférieur à celui choisi précédemment est irrévocable.

Tout changement de formule, une fois accepté par l'Organisme assureur, donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion par le Souscripteur.

En ce qui concerne les adhésions groupées (l'Adhérent et ses Ayants-droit), le choix de la formule doit être identique pour chaque personne assurée.

12- Prestations couvertes

12.1 Nature des prestations

La couverture du présent contrat consiste à verser, en cas d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie :

- Un montant forfaitaire
- Un montant d'indemnités par jour d'hospitalisation

Les Adhérents sont couverts selon la formule de garanties choisie.

En tout état de cause, la garantie du présent contrat est limitée à 365 nuits par bénéficiaire et par année civile.

12.2 Délais de carence

La prise en charge des frais médicaux par l'Organisme assureur entre en vigueur pour chaque Adhérent et ses éventuels Ayants-droit, à compter de leur date d'affiliation et après l'expiration du **délai de carence** suivant :

Toutefois, les frais consécutifs à un Accident (*voir la Section 5 « Définitions »*) sont remboursables immédiatement.

Section 4 - Risques et prestations exclues au titre des prestations santé

13- RISQUES EXCLUS

LES FRAIS ENGAGÉS NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ORGANISME ASSUREUR S'ILS RESULTENT DES FAITS SUIVANTS :

- UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE COUVERTE, OU RESULTENT DE MUTILATIONS VOLONTAIRES,
- LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE, SAUF SI LA PERSONNE COUVERTE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT OU SI ELLE EST APPELEE A EFFECTUER UNE MISSION DE MAINTENANCE OU DE SURVEILLANCE AFIN D'ASSURER LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS,
- TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAINER LA GARANTIE DU CONTRAT ET TOUTE CONSEQUENCE D'UNE PROCEDURE PENALE DONT L'ADHERENT FAIT L'OBJET,
- UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE,
- L'INOBSERVATION PAR L'ADHERENT D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, AINSI QUE LE NON-RESPECT DES REGLES OFFICIELLES DE SECURITE, LIEES A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE,
- LES CONSEQUENCES DES COMPETITIONS SPORTIVES AUTRES QUE CELLES DE PURES AMATEURISME,
- TOUTES LES CIRCONCISIONS NON MEDICALEMENT JUSTIFIEES.

14- PRESTATIONS EXCLUES

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT, SAUF PRESTATIONS INDIQUEES AU TABLEAU DES GARANTIES DU CONTRAT COMME ETANT PRISES EN CHARGE :

- TOUTE DEPENSE ENGAGEE AU TITRE DE TRAITEMENTS OU ACTES PRESCRITS ANTERIEUREMENT A LA DATE

D'EFFET DU CONTRAT OU PENDANT LES DELAIS D'ATTENTE LE CAS ECHEANT,

- TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE,
- TOUTE DEPENSE RELATIVE A DES DEPENSE DE SANTE DITE « DE VILLE » ET AMBULATOIRES
- TOUTE FORME DE TRAITEMENT EXPERIMENTAL OU NON CONTROLE QUI NE SUIT PAS LES PRATIQUES COMMUNEMENT ACCEPTEES, COUTUMIERES OU TRADITIONNELLES DE LA MEDECINE, SAUF SUR CONSENTEMENT SPECIFIQUE DE LA PART DE L'ORGANISME ASSUREUR,
- LES TRAITEMENTS PREVENTIFS, BILANS DE SANTE AINSI QUE LES EXAMENS DE DEPISTAGE,
- LES FRAIS ANNEXES OU DE CONFORT EN CAS D'HOSPITALISATION (TELEPHONE, TELEVISION...),
- LES FRAIS D'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE, SAUF SI CETTE DERNIERE EST MEDICALEMENT NECESSAIRE OU HABITUELLE DANS LE PAYS DE NAISSANCE,
- LES DEPENSES ENCOURUES A L'OCCASION DE L'ACQUISITION D'UN ORGANE,
- TOUTE OPERATION OU TRAITEMENT LIE AU CHANGEMENT DE SEXE,
- LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES, CURES DE RAJEUNISSEMENT, CURES D'AMAIGRISSEMENT,
- LES VERIFICATIONS, ETUDES, LA STERILISATION, LES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS, LA CONTRACEPTION A L'EXCEPTION DE L'INSERTION OU L'ENLEVEMENT D'APPAREIL(S) CONTRACEPTIF(S),
- LES SOINS, LES ACTES ET LES TRAITEMENTS MEDICAUX NON CONFORMES A LA LEGISLATION LOCALE ET DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION LOCALE,
- TOUTE CHIRURGIE ELECTIVE/VOLONTAIRE ET/OU CHIRURGIE PLASTIQUE/ESTHETIQUE,
- LES CURES THERMALES,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN CENTRE DE THALASSOTHERAPIE ET CENTRE DE REMISE EN FORME,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET MAISON DE CONVALESCENCE, SAUF LORSQUE LE SEJOUR FAIT SUITE A UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 30 JOURS OU A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE LOURDE,
- LES CONSULTATIONS EXTERNES EN MATIERE DE PSYCHOTHERAPIE ET PSYCHANALYSE ET LEURS TRAITEMENTS
- LES CONSULTATIONS, TRAITEMENTS ET COMPLICATIONS LIES A LA PERTE OU A L'IMPLANT DE CHEVEUX A MOINS QUE CE TRAITEMENT NE SOIT LIE A UNE PERTE DES CHEVEUX CAUSEE PAR UNE MALADIE GRAVE,

- LES TRAITEMENTS EN VUE DE MODIFIER LA REFRACTION D'UN ŒIL OU DES YEUX (CORRECTION OCULAIRE AU LASER), Y COMPRIS LA KERATOTOMIE REFRACTIVE (KR) ET LA KERATOTOMIE PHOTO REFRACTIVE (KPR),
- LES FRAIS AYANT POUR BUT DE REMEDIER A TOUTES ANOMALIES OU MALFORMATIONS CONGENITALES, SAUF POUR LES ENFANTS NES APRES LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES,

D'UNE MANIERE GENERALE ET SAUF EN CE QUI CONCERNE LES PROTHESES DENTAIREES OU LES LENTILLES DE CONTACT, IL EST FAIT REFERENCE AUX REGLES D'ACCEPTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE FRANÇAISE.

Section 5 - Les définitions

Les termes et expressions utilisés dans le contrat, objet de la présente notice, ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Adhérent : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Il s'agit de la personne physique expatriée, ayant adhééré au contrat, acquittant sa cotisation et qui réside dans un pays autre que son pays d'origine, ainsi que ses éventuels Ayants-droit.

Année d'assurance : la première période de couverture garantie par l'Organisme assureur débute le 1^{er} janvier 2022 jusqu'au 31 décembre de l'année 2022. L'adhésion étant ensuite renouvelée chaque 1^{er} janvier.

Ayant(s)-droit : il s'agit du Conjoint(e) ou Partenaire ou Concubin (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui du Conjoint ou Partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement de l'Adhérent principal.

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

Délai de carence : période pendant laquelle l'Adhérent n'a pas droit à certaines prestations.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier pour une durée limitée, éventuellement reconductible, la réalisation, pour le compte de l'Organisme assureur, des actes de gestion (appel de cotisations, règlement des prestations etc...).

Expatrié : personne vivant en dehors de son pays d'origine, seul ou avec ses Ayants-droit.

Force majeure : événement imprévisible et irrésistible, qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Grefe d'organe : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. **Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.**

Hôpital/Etablissement régulièrement autorisé : désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident. Ne sont pas considérés comme des hôpitaux, les maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme.

Hospitalisation : séjour médical ou chirurgical **d'au moins 24 heures, incluant 1 nuit**, dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou une maladie. Sont pris en charge les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais médicaux et paramédicaux annexes liés à l'hospitalisation, le transport du malade.

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

Intervention chirurgicale : les actes dispensés sous anesthésie (générale ou locale) ou l'atteinte d'un organe à traiter après incision, sont réputés actes de chirurgie.

Organisme assureur : l'organisme qui couvre le risque garanti au titre du contrat, soit MGEN, 3 Square Max

Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France, régie par le Code de la Mutualité.

Plafond de garanties : deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans les tableaux des garanties en annexe :

- Le plafond global annuel de remboursement est le montant maximum que l'Organisme assureur paiera pour l'ensemble des garanties, par personne assurée et par année civile.
- Certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut être appliqué par année civile, ou par garantie (dentaire, maternité, optique, etc...).

Prescription : délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Sinistre : tout événement à caractère aléatoire de nature à engager la garantie du contrat.

Souscripteur : l'Association souscriptrice qui signe le contrat au bénéfice de ses Adhérents et qui est seule responsable du versement de la prime, composée de l'ensemble des cotisations des Entreprises Adhérents.

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies, infections ou blessures.

Urgence : terme utilisé en cas d'accident ou de commencement d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent ou de l'un de ses Ayants-droit. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES

La garantie mentionnée ci-dessous est forfaitaire, par bénéficiaire et par année civile.

Plafond : 365 nuits			
	SafeHospi 1	SafeHospi 2	SafeHospi 3
DÈS L'ADMISSION	1.000 €	2.000 €	3.000 €
PAR NUIT PASSÉE	100 €	200 €	300 €



*Le contrat MGENIB1200092SNN est un contrat groupe à adhésion facultative
souscrit par l'Association E-Safecare.org auprès de MGEN,
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, 3 square Max-Hymans - 75 748 PARIS Cedex 15.
VYV-IB, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15 RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.*