

Numéro de contrat : MGENIB1200090SNN

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

SafeHome

En complément de la CFE

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

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2022

En qualité d'expatrié d'E-safecare.org, vous bénéficiez des garanties de santé souscrites par votre entreprise auprès de VYV International Benefits, sous le numéro de contrat n° MGENIB1200090SNN, qui a pour objet de faire bénéficier facultativement les adhérents du Souscripteur, personnes physiques expatriées, du remboursement de leurs frais médicaux complémentaires aux prestations servies par les assurances volontaires « maladie – maternité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Les Adhérents doivent bénéficier des assurances volontaires « maladie-maternité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

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

objet de la présente notice

Section 1 - Objet et base de la notice d'information	2
Section 2 - Les Adhérents	7
Section 3 - Les prestations	9
Section 4 - Risques et prestations exclues au titre des prestations santé	12
Section 5- Risques exclus au titre de la garantie décès toutes causes	Error! Bookmark not defined.
Section 6 - Les cotisations.....	Error! Bookmark not defined.
Section 7 - Les définitions	13
ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.....	17
ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT	Error! Bookmark not defined.

Le contrat, objet de la présente notice, prend effet le 1er 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.

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 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, définies 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, du remboursement de leurs frais médicaux complémentaires aux prestations servies par les assurances volontaires « maladie – maternité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Les Adhérents doivent bénéficier des assurances volontaires « maladie – maternité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (JeunExpat, MondExpat, RetraitExpat, FrancExpat), conformément à la présente notice d'information.

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.

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.

2- Effet, durée, renouvellement du contrat d'assurance

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 :

- o 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° [insérer le numéro de contrat] 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'OMMISSION 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'édicté 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 bénéficier des garanties du contrat les personnes adhérentes au Souscripteur :

- expatriées,
- de nationalité française et résidant à l'étranger ou ressortissant d'un pays appartenant à l'Espace

Économique Européen (EEE) ou de la Suisse et être expatriée en dehors de ces pays,

- âgées de moins de 67 ans.

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.

Les Adhérents et leurs éventuels Ayants-droit doivent avoir souscrit les assurances volontaires proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (JeunExpat, MondExpat, RetraitExpat ou FrancExpat).

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 couverts par la Caisse des français de l'étranger (CFE).

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 Ayants-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,
 - à la date à laquelle il n'est plus couvert par les assurances volontaires proposées par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE),
 - en cas de non-paiement des cotisations auprès de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE),
 - 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,**
- **à la date à laquelle ils ne sont plus couverts par les assurances volontaires proposées par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE).**

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 :

- **En France**

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 :

- **SafeHome 1**
- **SafeHome 2**
- **SafeHome 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 contrat relatif à la présente notice, consiste à rembourser les frais médicaux engagés par l'Adhérent et ses éventuels Ayants-droit, en complément des prestations en nature servies par les assurances « maladie – maternité – invalidité » de la Caisse des Français de l'Etranger et dans la limite des frais raisonnables et habituels.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

Le montant des garanties est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnables et de l'habituel.

Le coût « **raisonnable et habituel** » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique. Le coût « **raisonnable et habituel** » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Organisme assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'Hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

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

Si l'un des Ayants-droit de l'Adhérent est couvert par un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent, les prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.

En cas d'hospitalisation, sont garantis les frais raisonnables et habituels portant sur :

- L'hospitalisation médicale en établissement public ou privé.
- L'hospitalisation et l'intervention chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les

actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie.

- Les frais médicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation.
- Le transport local d'urgence du malade par ambulance.

Le transport local d'urgence du malade par ambulance est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute hospitalisation, un accord préalable de l'Organisme assureur est requis, sauf en cas d'urgence telle que définie à la section 5.

Les cas d'accord préalable sont indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

Dans les autres cas, les prestations sont définies au tableau de garanties figurant en annexe.

12.2 Tableau des garanties

Les Adhérents sont couverts selon la formule de garanties choisie.

Les garanties et plafonds mentionnés dans le tableau des garanties représentent la somme totale conjointement remboursée par la CFE et l'Organisme assureur.

Si certaines prestations prévues dans le tableau des garanties ne sont pas prises en charge par la CFE, elles seront alors prises en charge dès le premier euro, à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en frais réels, par bénéficiaire et par année civile. Les remboursements des frais médicaux sont effectués en euro, à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

12.2.1 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 des délais de carence suivants, en lien avec l'adhésion auprès de la CFE :

DELAIS DE CARENCE		
SITUATION	CFE	ACCFE
ADHESION DES LE DEPART DE FRANCE	Adhésion commune CFE + ACCFE (Pas de carence CFE)	Pas de carence ACCFE
ADHESION DE PLUS DE 3 MOIS APRES LE DEPART DE FRANCE	Déjà Adhérent CFE	
	En période de carence CFE	Application de la fin de la carence CFE par ACCFE (maintien 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques)
	Carence CFE terminée	3 mois de carence pour hospitalisation + soins courants y compris dentaires (maintien de 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques) Pas de carence si accident
	Adhésion commune CFE + ACCFE	
	Jusqu'à 29 ans inclus : Pas de carence	Pas de carence hospitalisation + soins courants y compris dentaires (maintien 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques) - Pas de carence si accident
	De 30 à 44 ans inclus : 3 mois de carence	3 mois de carence pour hospitalisation + soins y compris dentaires (maintien 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques) - Pas de carence si accident Soins inopinés et accidentels couverts
A partir de 45 ans : 6 mois de carence	6 mois de carence pour la totalité des garanties Pas de carence si accident	

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

Si, en cours de contrat, l'Adhérent demande à bénéficier d'une formule supérieure à celle qu'il avait choisie, les

délais d'attente s'appliquent sur les augmentations de garanties.

12.3 Accord préalable

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

- Frais liés à une hospitalisation ;
- Actes d'auxiliaires médicaux pour les actes en série dès lors que leur nombre est supérieur à dix (10) (sous réserve des mentions contraires spécifiées dans le tableau des garanties) ;
- Prothèses et implants dentaires ;
- Prothèses médicales ;
- Orthodontie ;
- Maternité ;
- Chirurgie réfractive au laser.

Sauf en cas d'urgence, chaque admission en hôpital, nécessitant une acceptation préalable selon le tableau des garanties, doit être notifiée à l'Organisme assureur, via le Délégué de gestion, au moins deux (2) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu. L'acceptation de l'Organisme assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

En l'absence d'une demande d'accord préalable, lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel cet accord est nécessaire, l'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement.

Si par la suite, le traitement s'avère médicalement justifié, l'Organisme assureur remboursera alors 80 % des dépenses hospitalières et 50 % du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursée.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'urgence telle que définie à la section 5. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Organisme assureur dans les quarante-huit (48) heures ou dès que possible en cas de force majeure.

Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

12.4 Limitation des remboursements aux frais réels

Les remboursements ou les indemnités des frais d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les

remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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, le bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander la justification des frais, et peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

Le bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Organisme assureur, les indemnités trop perçues. Ce dernier peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues à l'Adhérent.

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

12.5 Déclaration des frais de santé

L'imprimé de déclaration est fourni par le Délégué de gestion et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives.

Aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est acceptée. Par exception, les copies scannées envoyées par email sont autorisées pour toute facture dont le montant est inférieur à **500 euros par facture**.

L'Organisme assureur peut demander, si nécessaire, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie. Dans ce cas, l'Adhérent doit conserver les originaux pendant une durée de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins. Pendant cette période, l'Organisme assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

L'Organisme assureur (le cas échéant via son Délégué de gestion) se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués et de demander à tout Adhérent qu'il fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles relatives aux demandes de remboursement.

L'Organisme assureur pourra pour ce faire avoir accès à ses dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Adhérent ou l'un de ses éventuels Ayants-droit qui s'avèrera erronée, falsifiée, exagérée ou encore tout agissement frauduleux ou dolosif de leur part entraînera sa responsabilité directe et la répétition des sommes indûment payées par l'Organisme assureur sur la base de ces données incorrectes.

12.7 Justificatifs à fournir

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Adhérent doit faire parvenir au Délégué de gestion une demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- en cas d'hospitalisation : les justificatifs de l'hospitalisation (factures acquittées, notes d'honoraires, bulletin d'hospitalisation), indiquant le nom de l'établissement et du patient, la date des soins et le coût des soins.
- en cas de maladie : les prescriptions médicales et les factures détaillées.
- en cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- pour le règlement des soins : l'Adhérent doit transmettre un relevé d'identité bancaire (soit lors de son adhésion soit à la première (1^{ère}) demande de remboursement).

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander à toute personne assurée que celle-ci lui fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Organisme assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

En tout état de cause, l'Adhérent et ses éventuels Ayants-droit doivent faire parvenir au Délégué de gestion le décompte de la CFE, le cas échéant.

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

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 PAR L'ADHERENT NON PRISE EN CHARGE PAR LA CFE, SAUF DISPOSITIONS CONTRAIRES PRECISEES DANS LE TABLEAU DES GARANTIES,
- TOUTE DEPENSE ENGAGEE PAR L'ADHERENT NON PRISE EN CHARGE PAR LA CFE QUELLE QU'EN SOIT LA RAISON (NOTAMMENT LE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS CFE PAR L'ADHERENT),
- 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,
- LES ACTES SOUMIS A « ACCORD PREALABLE » POUR LESQUELS L'ACCORD N'AURAIT PAS ETE DEMANDE OU REFUSE,

- LES TRAITEMENTS EN DEHORS DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE COUVERTE, SAUF INDICATION CONTRAIRE MENTIONNEE DANS LA PRESENTE NOTICE,
- 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 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 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,
- LES MEDICAMENTS SANS ORDONNANCE ET LES PRODUITS NON MEDICAMENTEUX D'USAGE COURANT

TELS QUE L'ALCOOL MEDICAL, LE COTON HYDROPHILE, LES CREMES SOLAIRES, LES PRODUITS D'HYGIENE DENTAIRE, LES PANSEMENTS, LES SHAMPOOINGS...

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 adhéré 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.

Appareils et matériel chirurgicaux : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

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

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.

Bilan de santé : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent.

Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies. Ils incluent les tests suivants : tension artérielle,

cholestérol, pulsations cardiaques, respiration, température, examen cardio-vasculaire, examen neurologique, dépistage du cancer.

Caisse des Français à l'Étranger : Caisse de Sécurité sociale des Français résidant à l'étranger.

Il s'agit d'un régime de protection sociale de base souscrit volontairement par l'Adhérent ainsi que ses éventuels Ayants-droit et qui a pour vocation de prendre en charge les dépenses relevant des risques « maladie – maternité ».

Chirurgie ambulatoire : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.

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.

Frais d'accouchement : frais médicaux engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne, si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie Hospitalisation.

Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 12 ans : prix de la chambre d'Hôpital pour un parent durant l'admission de l'enfant de l'Adhérent à l'Hôpital pour un traitement. Si un lit d'Hôpital n'est pas disponible, l'Organisme assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre à concurrence des montants indiqués. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Frais pharmaceutiques : produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

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.

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.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : prise en charge d'un examen des yeux par année civile/d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste, et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Maladie inopinée : toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Médicalement nécessaire : correspond aux services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
- être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale.
- être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin.
- avoir un effet médical prouvé et démontré.
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.

- être donnés avec un équipement en quantité et en qualité appropriés au niveau de soin requis par l'état du patient.
- être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

Le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en consultation externe.

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

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.

Pays d'origine : est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants-droit.

Pays d'expatriation : le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Adhérent a sa résidence habituelle.

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.

Prothèse médicale prescrite : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique, des semelles et chaussures orthopédiques.

Prothèse dentaire : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, inlays-cores, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge,

d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

Psychiatrie - psychothérapie : traitements de troubles mentaux effectués par un psychiatre.

Rééducation : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de trente (30) jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

Sécurité sociale : tout régime de protection sociale de base dont peut dépendre l'Adhérent et notamment les assurances volontaires « maladie – maternité » proposées par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE).

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

Soins à domicile : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État au domicile de l'Adhérent et conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à une hospitalisation ou des soins ambulatoires ou pour les remplacer.

Soins courants : frais exposés pour une maladie ou un accident, qui n'entrent pas dans le cadre d'une Hospitalisation.

Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux : comprend un bilan dentaire annuel, le détartrage, les traitements simples liés aux caries ou une dévitalisation dentaire et une extraction dentaire.

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.

Transport en ambulance : il s'agit d'un transport par ambulance à l'intérieur d'un même pays, entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche situé dans le même pays et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale. Est également couvert si l'état du malade le nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement plus proche.

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

Les garanties et plafonds mentionnés dans le tableau des garanties complètent celles de la CFE.

Pour les garanties non prises en charge par la CFE, les taux de remboursements et plafonds exprimés dans le tableau des garanties représentent uniquement la part prise en charge par l'Organisme assureur.

Accord préalable : une demande d'accord préalable est requise pour les prestations indiquées au tableau des garanties par une *

	SAFEHOME 1	SAFEHOME 2	SAFEHOME 3
HONORAIRES MEDICAUX / CONSULTATIONS ET VISITES - SOINS AMBULATOIRES			
Généraliste	100% BR	200% BR	300% BR
Spécialiste	100% BR	200% BR	300% BR
Psychiatre	Non couvert	Max 6 séances par an et 100 €/acte	Max 6 séances par an et 200 €/acte
Maternité (soins)	Non couvert	200% BR	300% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	200% BR	300% BR
Pédicures podologues, orthophonie, orthoptie	Max 6 séances par an et 30 €/acte	Max 6 séances par an et 40 €/acte	Max 6 séances par an et 50 €/acte
MEDECINES DOUCES			
Acupuncture, chiropractie, homéopathie, ostéopathie	Non couvert	Max 6 séances par an et 40 €/acte	Max 6 séances par an et 60 €/acte
Phytothérapie, médecine chinoise	Non couvert	250 €/an/personne	500 €/an/personne
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE *			
Hospitalisation médicale et chirurgicale	100% BR	200% BR	300% BR
Hospitalisation chirurgicale	100% BR	200% BR	300% BR
Hospitalisation de jour	100% BR	200% BR	300% BR
Hospitalisation liée à maladie redoutées	100% BR	200% BR	300% BR
Frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% BR	200% BR	300% BR
Traitement pendant l'hospitalisation	100% BR	200% BR	300% BR
Hospitalisation psychiatrique	100% BR	200% BR	300% BR
Rééducation après hospitalisation	100% BR (30j maxi)	200% BR (45j maxi)	300% BR (60j maxi)
Chambre particulière	Maxi 50 €/jour (21j maxi)	Maxi 100 €/jour (21j maxi)	Maxi 150 €/jour (21j maxi)
Lit d'accompagnant (enfant hospitalisé)	Maxi 30 €/jour (21j maxi)	Maxi 50 €/jour (21j maxi)	Maxi 100 €/jour (21j maxi)
Consultations externes (avant & après hospitalisation)	100% BR	200% BR	300% BR
Transport (lié à l'hospitalisation)	100% BR	100% BR	100% BR

Hospitalisation en établissement non conventionné	100% BR	200% BR	300% BR
MATERNITE *			
Accouchement médical et chirurgical (pour les soins liés à la maternité voir SOINS AMBULATOIRES)	Non couvert	<u>Année 1:</u> 1000 € (limité FR) <u>Années suivantes:</u> 200% BR	<u>Année 1:</u> 1500 € (limité FR) <u>Années suivantes:</u> 300% BR
ANALYSES / RADIOLOGIE			
Imagerie médicale (Radio, IRM, Scanner)	100% BR	200% BR	300% BR
Autres actes hors établissement hospitalier	100% BR	200% BR	300% BR
PHARMACIE			
Médicaments (y compris vaccins remboursés par la CFE)	TM	TM	TM
BILAN DE SANTE			
Tous les 5 ans (y compris prévention et dépistage)	100% BR	200% BR	300% BR
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRES *			
Appareillage et prothèses non dentaires	Maxi 100 €/prothèses (doublés si suite à accident ou hospitalisation)	Maxi 250 €/prothèses (doublés si suite à accident ou hospitalisation)	Maxi 500 €/prothèses (doublés si suite à accident ou hospitalisation)
OPTIQUE			
Verres simples et monture	Maxi 100 €/an /personne	Maxi 200 €/an /personne	Maxi 300 €/an /personne
Verres complexes et monture	Maxi 200 €/an /personne	Maxi 400 €/an /personne	Maxi 600 €/an /personne
Lentilles y compris jetables	Maxi 100 €/an /personne	Maxi 200 €/an /personne	Maxi 300 €/an /personne
Chirurgie réfractive	Maxi 500 €/œil	Maxi 750 €/œil	Maxi 1000 €/œil
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses dentaires	<u>Année 1:</u> 200 €/dent avec maxi 600 €/an/personne <u>Années suivantes:</u> 300 €/dent avec maxi 1200 €/an/personne	<u>Année 1:</u> 300 €/dent avec maxi 900 €/an/personne <u>Années suivantes:</u> 400 €/dent avec maxi 1600 €/an/personne	<u>Année 1:</u> 400 €/dent avec maxi 1200 €/an/personne <u>Années suivantes:</u> 500 €/dent avec maxi 2000 €/an/personne



*Le contrat n° MGENIB1200090SNN 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.*