

Numéro de contrat : MGENIB1200037SAN

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

## Régime Frais de santé Complément Sécurité sociale

**Souscrit par**  
**« Association Assets International Healthcare »**  
**(AAIH)**

*Document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> juillet 2020*

En qualité d'Adhérent de l'Association « Assets International Healthcare » dénommée « l'Association souscriptrice » ou « AAIH », cette dernière a souscrit pour votre compte un régime santé auprès de VYV International Benefits agissant pour le compte de MGEN, qui a pour objet de garantir les remboursements complémentaires aux prestations en nature servies par la Sécurité sociale française.

L'Association Assets International Healthcare (AAIH) est une Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901 et du décret du 16 Aout 1901. Elle a mandaté le cabinet ASSETS ASSURANCES pour l'exécution de ses activités de conception et à Medical Administrators International (MAI) pour la gestion du contrat, et Mutuaide pour la prestation d'assistance.

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

## Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat n°MGENIB1200037SAN relatif à la présente notice d'information est souscrit par AAIH auprès de l'Organisme assureur dont les mentions légales respectives sont portées à la Section 6 de la présente notice d'information.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.
3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 5 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Les dates de prise d'effet, de durée de l'adhésion et de renouvellement sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement de l'attestation d'assurance et renonciation » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 1 « Objet de la notice d'information », de garantir aux Assurés le versement de prestations dans les conditions définies à la Section 3 « Les garanties et prestations » de la présente notice d'information.
6. Les exclusions sont mentionnées à la Section 4 « Risques et prestations exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat n° MGENIB1200037SAN est valable jusqu'à la date indiquée dans la proposition tarifaire en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat n° MGENIB1200037SAN s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 5 « Les cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Organisme assureur, et des prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Organisme assureur et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Organisme assureur s'engage à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 3.5 « Renseignements - Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

## Section 1 – Objet et bases de la notice d’information

### 1 – Objet de la Notice d’information

Le contrat relatif à la présente notice d’information est un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire souscrit par l’Association souscriptrice auprès de l’Organisme assureur. Le contrat est souscrit auprès de MGEN, dénommé « Organisme assureur », dans le cadre d’une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits. Les déclarations, tant de l’Association Souscriptrice, de l’Entreprise adhérente que des Adhérents, lui servent de base.

Le contrat a pour objet de faire bénéficier facultativement les étudiants de nationalité étrangère en séjour temporaire pour faire leurs études en France du remboursement de leurs frais médicaux reconnus par l’Assurance Maladie-Maternité de la Sécurité sociale française.

Les Adhérents ont un libre accès au contenu des Statuts de la MGEN sur le site [mgen.fr](http://mgen.fr). En cas de conflit d’interprétation entre le contrat d’assurance collective et les dispositions figurant aux Statuts de la mutuelle, les dispositions du contrat d’assurance collective, objet de la présente notice d’information, primeront.

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

#### 2.1 Adhésion individuelle

La demande d’adhésion au contrat relatif à la présente notice d’information se fait au moyen d’un bulletin individuel d’affiliation. Ce document doit être 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, le consentement de l’Adhérent à l’assurance. Le candidat à l’assurance reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice d’information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l’Adhérent et son Conjoint ou l’ensemble des Ayants-droit bénéficiant des garanties du contrat relatif à la présente notice d’information, le cas échéant.

Lors de l’adhésion au contrat relatif à la présente notice d’information de l’Adhérent, ce dernier doit régler d’avance la première cotisation. En cas de demande de renonciation, la cotisation lui sera intégralement remboursée.

L’adhésion à l’assurance est constatée par un certificat d’adhésion qui mentionne notamment :

- Le numéro d’adhésion,

- La date d’effet de l’adhésion,
- Les nom et prénom de l’Adhérent,
- La zone de couverture,
- La nature des garanties souscrites.

#### 2.2 Date d’effet et renouvellement

Pour l’Adhérent, l’assurance prend effet à la date mentionnée et pour la période mentionnée sur le certificat d’adhésion. Le contrat de l’Adhérent peut être souscrit individuellement par l’Adhérent pour douze (12) mois maximum, renouvelable une fois par la souscription d’un nouveau contrat, avec autorisation de l’Organisme assureur. L’association souscriptrice s’engage à en informer immédiatement l’Organisme assureur.

L’adhésion individuelle peut également prendre fin dans l’un des cas suivants :

- En cas de non-paiement des cotisations par l’Adhérent,
- À la date à laquelle l’Assuré n’est plus adhérent au contrat cadre souscrit par l’Association souscriptrice,
- En cas de dissolution de l’Association souscriptrice.

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

#### 2.3 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

L’Association souscriptrice s’engage à communiquer à l’Adhérent ayant acquis la qualité d’Assuré les informations concernant le droit à renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance du contrat, objet de la notice d’information.

##### En cas de démarchage :

L’Association souscriptrice communique à l’Adhérent les informations concernant le droit à rétractation en cas de démarchage à domicile ou lieu de travail lorsque ce dernier signe dans ce cadre une proposition d’assurance ou un contrat à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. L’Adhérent dispose d’un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la date de conclusion du contrat pour exercer son droit à renonciation selon les dispositions de l’article L.221-18-1 du code de la mutualité en cas d’adhésion réalisée dans le cadre d’un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande.

##### En cas de vente à distance :

Le contrat est vendu à distance s’il est conclu au moyen d’une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l’article L.221-18 du code de la mutualité, un délai de rétractation de quatorze (14) jours calendaires s’applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l’intéressé reçoit les conditions

contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion. Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent, avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

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

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Organisme assureur par l'intermédiaire de l'Association AAIH, 1-3 Rue de Lulli 75 002 PARIS, France, , France, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion. Il peut utiliser le modèle suivant :

*« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e).....(Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°MGENIB1200037SAN que j'ai signé le ..... et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de .... € [Montant en euros], déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période garantie. Le ... (Date et signature) ».*

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

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

## **3 – Prescription**

**Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

**Quand l'action d'un Assuré contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne**

**court que du jour ou ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**En application de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (cf. ci-dessous) 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 avec accusé de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

**Les causes ordinaires de prescription prévues par le code civil sont :**

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

## **4 – Recours**

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.

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'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

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.

## 5 – Renseignements – Réclamation – Médiation

Lorsque l'Entreprise adhérente ou les adhérents souhaitent obtenir des précisions, ils doivent dans un premier temps consulter leur interlocuteur habituel M.A.I, dûment mandaté par l'Association souscriptrice à MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL : [complaint@medical-administrators.com](mailto:complaint@medical-administrators.com), pour les cas suivants :

- ⑤ Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance
- ⑤ Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations
- ⑤ Renseignement et réclamation en cas de sinistre

Si la réponse ne satisfait pas l'attente des Assurés, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à : VYV International Benefits, 7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel : [clients@vyv-ib.com](mailto:clients@vyv-ib.com).

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, l'Assuré peut, dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation écrite, saisir le médiateur MGEN. Toute demande de médiation doit être formulée par écrit en langue française et adressée par voie postale à MGEN – Monsieur Le Médiateur, 3, square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15 par mail à l'adresse suivante : [mediation@mgen.fr](mailto:mediation@mgen.fr) ou sur le site dédié à la médiation sur <http://www.mediation-mgen.fr>.

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>. Par ailleurs, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Organisme assureur, s'adresser à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) Direction du contrôle des pratiques commerciales – 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

## 6 – Fausse déclaration

**LES DÉCLARATIONS FAITES PAR LES ASSURÉS À L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE ET À L'ORGANISME ASSUREUR, AINSI QUE LES DÉCLARATIONS FAITES PAR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE À L'ORGANISME ASSUREUR SERVENT DE BASE À LA COUVERTURE. INDÉPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, LA GARANTIE ACCORDÉE À L'ASSURÉ PAR**

**L'ORGANISME ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE L'ASSURÉ OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE TANT LORS DE L'INSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LA RÉALISATION DU RISQUE, CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITÉ.**

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

## 7 – Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre VYV International Benefits et MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Organisme assureur délègue à M.A.I, et notamment les obligations de ce dernier vis-à-vis de l'Organisme assureur en matière d'acceptation des risques, de recouvrement et gestion des cotisations, la constitution des dossiers sinistres et le règlement des sinistres. L'organisation des prestations d'assistance à l'international est déléguée à Mutuaide, 8-14, avenue des Frères Lumière -94368 Bry-sur-Marne Cedex, France, qui agira sous le nom de « MGEN assistance ».

## 8 – Traitement des données

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et 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 (Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Assuré pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs.

Les Assurés 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 présent contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, 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 présent 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 Assurés 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](mailto:dpo@groupe-vyv.fr). Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandé. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://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 Assurés, 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 Assurés 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

## 9 – Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09, s'assure du respect des engagements contractés par l'Organisme assureur à l'égard de leurs Assurés et de leurs Bénéficiaires.

## 10 – Clause de limitation

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 de la présente notice d'information, si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

## Section 2 – Les Assurés

### 11 – Adhérents

Les adhérents de nationalité étrangère peuvent adhérer au présent contrat, s'ils sont âgés de 18 à 39 ans et membre de l'Association souscriptrice. Ces derniers effectuent un séjour temporaire en France pour les études et doivent vivre en dehors de leur Pays d'origine.

**Les ayant-droits de l'Adhérent ne sont pas couverts par le contrat.**

Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation. Ils doivent, préalablement à l'adhésion au présent contrat, demander leur affiliation à la sécurité sociale française et produire un justificatif de scolarité dans un établissement d'enseignement supérieur.

### 12 – Conditions d'adhésion

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production :

- d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport...),
- de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pour l'année universitaire concernée,
- d'un relevé d'identité bancaire (RIB),
- d'un titre de séjour le cas échéant,
- d'une attestation de Sécurité sociale.

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

Les Adhérents prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion. L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment ses déclarations via l'envoi des justificatifs correspondants à sa situation.

### 13 – Entrée en vigueur des garanties

Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- Adhérent affilié lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date.
- Adhérent affilié postérieurement à la date d'effet du contrat : à sa date d'entrée dans la catégorie de personnes à assurer mentionnée sur le certificat d'adhésion.

### 14 – Champ d'application territorial des garanties

Les frais médicaux sont remboursables **uniquement en France**, pays de résidence temporaire de l'Adhérent. En dehors du territoire français, **lors d'un déplacement d'une durée de moins de trois (3) semaines maximum dans l'un des pays membre de l'Union européenne**, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence, tels que ces termes sont définis au présent contrat, à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les vingt-quatre (24) heures.

Dans les autres cas, les frais peuvent être remboursés après accord exprès de l'Organisme assureur.

**Les dépenses médicales effectuées au Japon n'entre pas dans la zone de couverture.**

### 15 – Cessation ou suspension des garanties

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la Mutualité en cas de fausse déclaration, l'Assuré 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 :

- Lors du retour définitif dans le Pays d'origine si la période du contrat n'est pas terminée,
- A l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle de son adhésion au présent contrat d'assurance,

- Dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées, définie au présent contrat,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code de la Mutualité,
- En cas de fausse déclaration conformément à l'article 12 du présent contrat,
- Au jour où il est radié de la Sécurité sociale française,
- Au jour de ses 40 ans,
- A la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat d'assurance groupe,
- A la date à laquelle il n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- Lorsque l'Adhérent n'est plus en mesure de justifier qu'il est étudiant,
- Au terme d'une année d'assurance, soit douze (12) mois ferme, sauf si l'Adhérent exprime sa volonté de renouveler le contrat d'assurance, sous réserve de l'accord de l'Organisme assureur et à condition qu'il remplisse les conditions prévues à l'Article 16,
- Au jour du décès de l'Adhérent.

Dès lors que le contrat est résilié ou suspendu, il ne peut être maintenu dans ses effets pour les Assurés.

## Section 3 – Les garanties et prestations

### 16 – Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat l'Adhérent seul, dès lors qu'il est âgé de plus de 18 ans et qu'il a moins de 40 ans et qu'il remplit les conditions prévues aux articles 11 et 12.

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

### 17 – Garanties santé

#### 17.1 Nature

La garantie consiste à rembourser les frais de santé engagés par l'Assuré, en complément des prestations en nature servies par l'assurance maladie française et dans la limite des frais réels.



Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales françaises 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 en France).

## 17.2 Hospitalisation

Sont garantis les frais 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, une autorisation préalable de l'Organisme assureur est requise, sauf en cas d'urgence telle que définie à la section 6. Les cas d'acceptation préalable sont indiqués dans le tableau des garanties.

**17.3 Autres garanties :** toutes les garanties sont définies au tableau des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

## 17.4. Montant des prestations

Les remboursements des frais médicaux sont effectués en euro (€) à concurrence des maxima indiqués ci-après dans le tableau des garanties, par personne assurée, par année civile et dans la limite des frais réels. Par frais réels, il faut entendre les frais raisonnables et habituels.

Le caractère raisonnable et habituel est apprécié en fonction de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins médicaux sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays) et est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays. **Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.**

**LES REMBOURSEMENTS, Y COMPRIS LES MAXIMAS DEFINIS DANS LE TABLEAU DE GARANTIES, S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS EN NATURE SERVIES PAR**

**L'ASSURANCE MALADIE FRANCAISE ET SONT EFFECTUES DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS.**

## 17.5 Accord préalable

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

- Tous les frais liés à l'Hospitalisation (en établissement et à domicile)
- Les frais d'accouchement
- Les soins de rééducation physique/kinésithérapie immédiatement après une Hospitalisation
- L'IRM
- Les actes en série de plus de 5 séances
- Les prothèses médicales et dentaires, et les prothèses auditives
- Les frais de rapatriement (voir annexe 1 - Assistance)

Sauf en cas d'Urgence (cf. Définitions), chaque admission en Hôpital doit être notifiée à l'Organisme assureur au moins deux (2) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu. L'acceptation de l'Organisme assureur est communiquée sous un délai de cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

**Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée par l'Adhérent, le remboursement par l'Organisme assureur est diminué de 20 %.**

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'Urgence telle que définie à la section 6. Dans ce cas, il conviendra d'aviser l'Organisme assureur dans les **48 heures** en cas de force majeure telle que définie par la jurisprudence de la Cour de cassation. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

## 17.6 Limitation 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'Assuré 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). Pour l'application des

dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Organisme assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

## 17.7 Déclaration des sinistres

Le formulaire de demande de prestation est adressé au Délégué de gestion à [japan-desk@medical-administrators.com](mailto:japan-desk@medical-administrators.com) accompagné des pièces justificatives demandées par l'Organisme assureur.

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**, sous réserve que l'Assuré conserve les originaux. L'Assuré doit conserver les originaux pendant une durée de 24 mois à compter de la date de traitement. 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, via le Délégué de gestion, se réserve le droit de demander à tout Assuré que celui-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 ses dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

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

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

## 17.8 Justificatifs à fournir en cas de règlement de prestations

Afin d'obtenir le règlement des prestations, l'Adhérent s'engage à faire parvenir au Délégué une demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- ⊗ En cas d'Hospitalisation : les justificatifs de l'Hospitalisation (factures, notes d'honoraires),
- ⊗ En cas de maladie : les factures détaillées avec ordonnances, feuilles de soins et décomptes de

- remboursement de la Sécurité sociale française,
- ⊗ En cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

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

## Section 4 – Risques et prestations exclus

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

- **UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE GARANTIE, DE MUTILATIONS VOLONTAIRES OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE,**
- **LES CONSÉQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE ÉMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE OU D'ACTES TERRORISTES, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES. LES CAS DE LEGITIME DÉFENSE, D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL ET D'ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER SONT GARANTIS ;**
- **TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAÎNER LA GARANTIE DU CONTRAT ET TOUTE CONSÉQUENCE D'UNE PROCÉDURE PÉNALE DONT L'ASSURÉ FAIT L'OBJET,**
- **UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTÉGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.**

L'Organisme assureur peut modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze (15) jours à l'Association souscriptrice. Celui-ci peut refuser cette modification et résilier son contrat en adressant à l'Organisme assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'avenant envoyé par l'Organisme assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus. L'Association souscriptrice prévient l'assuré de la résiliation.

### NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT SAUF SI EXPRESSEMENT COUVERT DANS LES CONDITIONS MENTIONNÉES AU TABLEAU DE GARANTIES :

- **TOUTE DÉPENSE ENGAGÉE AU TITRE DE TRAITEMENTS OU ACTES PRÉSCRITS ANTERIEUREMENT À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT OU PENDANT LES DÉLAIS D'ATTENTE LE CAS ÉCHEANT,**

- TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE,
- Les actes soumis à « accord préalable » pour lesquels l'accord n'aurait pas été demandé ou refusé,
- Les frais médicaux effectués EN DEHORS DE FRANCE sauf en cas d'Accident ou de maladie inopinée dûment justifiés,
- LES FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE,
- LES FRAIS DE MEDECINE PREVENTIVE,
- LES TRAITEMENTS EXPERIMENTAUX,
- LES FRAIS D'HOTEL ET DE VOYAGE, MEME EN RAPPORT AVEC DES FRAIS MEDICAU.
- LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES POUR TROUBLES MENTAUX (MALADIES NERVEUSES OU MENTALES, TRAITEMENTS PSYCHANALYTIQUES, PSYCHOTHERAPIQUES),
- LES FRAIS D'ORTHODONTIE,
- LES TRAITEMENTS RELATIFS A L'INFERTILITE/STERILITE,
- LES CURES DE DESINTOXICATION (ALCOOLISME OU ASSIMILES),
- LES CURES THERMALES,
- LES SOINS, L'ASSISTANCE ET LES FRAIS D'HEBERGEMENT DES PERSONNES DEPENDANTES,
- LES SOINS ET L'ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPEES,
- LA KERATOTOMIE (CHIRURGIE REFRACTIVE AU LASER),
- LES FRAIS NON JUSTIFIES MEDICALEMENT (NOTAMMENT : PRODUITS PHARMACEUTIQUES NON MEDICAMENTEUX, TRAITEMENTS ET CHIRURGIE A BUT ESTHETIQUE, CURES D'AMAIGRISSEMENT ET DE RAJEUNISSEMENT),
- LES FRAIS DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
- LES CHAUSSURES ET SEMELLES ORTHOPEDIQUES,
- ÉTABLISSEMENTS POUR ALCOOLIQUES OU TOXICOMANES (OU ETABLISSEMENTS ASSIMILES),
- LES FRAIS RELATIFS A UNE HOSPITALISATION DANS LES ETABLISSEMENTS CI-APRES : MAISON DE CONVALESCENCE, MAISON DE REPOS (OU ETABLISSEMENTS ASSIMILES), SAUF CEUX SPECIFIES AU PARAGRAPHE CI-DESSUS,
- 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,
- LES SOINS DENTAIRE SAUF EN CAS D'URGENCE,
- LES FRAIS D'OPTIQUE SAUF CEUX LIES A LA CASSE OU AU BRIS OU EN CAS DE MODIFICATION DE L'ACUITE VISUELLE
- LES LENTILLES ET LES LENTILLES JETABLES.

**Sauf en ce qui concerne les prothèses dentaires ou les lentilles de contact, il est fait référence aux règles d'acceptation des demandes de remboursement de la Sécurité sociale française.**

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

## Section 6 – Les définitions

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

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

**Adhérent** : la personne physique ayant adhéré au contrat et acquittant sa cotisation.

**Admission explicite à l'Hôpital, pour un séjour de :**

- plus de 24 heures, l'admission explicite à l'Hôpital est le document formel émis par l'Hôpital ou tout centre prodiguant des soins hospitaliers à un patient qui se voit attribuer une chambre et des repas ainsi que des soins infirmiers continus à l'Hôpital au sein duquel le patient passe au moins une nuit.
- moins de 24 heures relativement à des actes chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient bénéficie de soins infirmiers et se voit attribuer un lit alors même qu'il ne passe pas la nuit à l'Hôpital.
- moins de 24 heures relativement à des actes non chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient est rentré à l'Hôpital pour moins de 24 heures pour suivre un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyses. Le patient a effectué son traitement à l'Hôpital et le quitte une fois celui-ci terminé.

**Association souscriptrice** : la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Adhérents, soit l'Association A.A.I.H, régie par la loi du 1er Juillet 1901, - 1-3 Rue de Lulli, 75 002, PARIS, FRANCE

**Assuré** : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Il s'agit de l'Adhérent dans le cadre du contrat.

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

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

**Déléataire de gestion** : personne morale qui se voit confier par l'Organisme assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice, il s'agit de MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL, 37 rue Anatole France, 92532 LEVALLOIS pour l'acceptation des risques, le recouvrement et la gestion des cotisations, la constitution des dossiers sinistres et le règlement des sinistres.

**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.

**Frais d'accouchement** : frais médicaux (incluant chambre double ou privée) engagés relatifs à l'accouchement vaginal.

**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 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 d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes uniquement en cas de modification constatée de l'acuité visuelle.

**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 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.

**Organisme assureur** : l'organisme qui couvre le risque garanti au titre du contrat, soit MGEN, et MGEN Filia 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, régie par le Code de la Mutualité.

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

**Pays d'origine** : le pays figurant sur le passeport des Bénéficiaires et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur le bulletin individuel d'affiliation.

**Pays de résidence** : le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Assuré a sa résidence habituelle (France).

**Prothèses médicales prescrites** : 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 d'orthopédie, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique, à l'exclusion des semelles et chaussures orthopédiques.

**Prothèses dentaires** : soins prothétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

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

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

**Transport en ambulance** : 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'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. 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.

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

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent au contrat, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, la radiation de son adhésion au présent contrat conformément à la procédure définie à l'article L.221-7 du Code de la mutualité. Toute demande de prestations intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

## Section 6 - Les cotisations

### 18 - Calcul et règlement des cotisations

#### 18.1 Montant des cotisations

La cotisation mensuelle est équivalente pour tous les assurés du groupe, toutes taxes comprises. Son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent.

#### 18.2 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables d'avance en Euros (€) pour la **durée totale de couverture total choisie par l'Adhérent** selon les modalités définies par cette dernière. La taxe déterminée par la législation française en vigueur est incluse dans le montant de la cotisation.

Le montant de la cotisation est calculé *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation. Le *pro rata temporis* ne peut être inférieur à un mois.

#### 18.3 Révision et indexation annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des résultats du contrat.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Organisme assureur, celle-ci doit être notifiée au à l'Association souscriptrice A.A.I.H quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement. L'Association souscriptrice est tenu d'informer l'Adhérent **trois (3) mois avant leur entrée en vigueur**.

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son certificat d'adhésion par lettre recommandée dans un délai de **deux (2) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice**. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Organisme assureur.

#### 18.4 Défaut de paiement des cotisations

## Annexe 1 Garanties assistance - rapatriement

L'Organisme assureur a mandaté Mutuaide Assistance, qui agira sous le nom de « MGEN Assistance » pour l'organisation des prestations d'assistance – rapatriement dans les conditions ci-dessous. Les garanties Assistance Rapatriement sont incluses d'office dans la cotisation.

### Article 1. Définitions

**Bénéficiaire** : Assuré au contrat, objet de la notice.

**Accident** : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée, constituant la cause du dommage. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

**Autorité médicale habilitée / médecin** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

**Domicile** : résidence principale située dans le pays d'expatriation, hors du pays d'origine.

**Etranger** : tout pays à l'exception du pays d'origine.

**Franchise** : part du préjudice laissée à la charge du bénéficiaire dans le règlement du sinistre. Les montants de franchise se rapportant à chaque garantie sont précisés au tableau de garanties.

**Pays d'origine** : pays de nationalité du bénéficiaire figurant sur son passeport.

**Prescription** : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable, c'est à dire dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

**Sinistre** : toutes les conséquences dommageables d'un événement entraînant l'application de l'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des dommages procédant d'une même cause initiale.

**Subrogation** : action par laquelle Mutuaide Assistance se substitue dans les droits et actions du bénéficiaire contre l'éventuel responsable des dommages subis par le bénéficiaire afin d'obtenir le remboursement des sommes que Mutuaide Assistance a réglé au bénéficiaire à la suite d'un sinistre.

**Frais d'hébergement** : frais supplémentaires d'hôtel et de téléphone avec Mutuaide Assistance, consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion de tout frais de restauration et de boisson.

**Frais funéraires** : frais de première conservation, de

manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport et conformes à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie.

**Frais médicaux** : frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une pathologie et à caractère urgent.

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

**Hospitalisation programmée** : séjour de plus de 48 heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention programmée au moins quinze jours à l'avance.

**Maladie** : toute altération de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

**Risque couvert** : les garanties couvrent les événements survenus dans le monde entier, au cours de tout déplacement ou séjour effectué à titre privé ou professionnel (accident du travail ou maladie professionnelle) pendant la durée de la garantie.

**Trajet** : itinéraire parcouru jusqu'au lieu de destination indiqué sur le billet ou le bulletin d'inscription au voyage, quel que soit le nombre de vols empruntés, qu'il s'agisse du trajet aller ou du trajet retour.

**Urgence médicale** : événement médical inopiné.

**Dès lors que le bénéficiaire fait appel à l'assistance de Mutuaide Assistance, les décisions relatives à la nature, à l'opportunité et à l'organisation des mesures à prendre appartiennent exclusivement au service Assistance de Mutuaide Assistance.**

### Article 2. Information médicale

Mutuaide Assistance met à la disposition du bénéficiaire un service d'information médicale téléphonique accessible 24h/24. Sur simple appel téléphonique, un des médecins de Mutuaide Assistance répond aux questions d'ordre médical et peut indiquer des adresses de médecins ou établissements spécialisés ou non susceptibles de le recevoir.

### Article 3. Assistance accident, maladie et imprévu

#### 3.1 Assistance rapatriement

Si l'état de santé du bénéficiaire nécessite un rapatriement, Mutuaide assiste de la façon suivante :

▪ **Organisation et prise en charge du retour ou du transport du bénéficiaire vers un établissement hospitalier**

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour dans le pays d'origine ou le domicile du bénéficiaire ou le transport vers l'établissement hospitalier le plus proche de celui-ci et/ou le plus apte à prodiguer les soins exigés par l'état de santé du bénéficiaire. Dans ce dernier cas, si le bénéficiaire le souhaite, Mutuaide Assistance peut organiser ensuite, dès que l'état de santé du bénéficiaire le permet, le retour à son domicile ou dans son pays d'origine.

▪ **Remboursement des frais d'hébergement du bénéficiaire et de ceux d'une personne l'accompagnant**

Mutuaide Assistance rembourse, sur présentation des justificatifs et dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, les frais supplémentaires d'hébergement du bénéficiaire et ceux exposés par une personne l'accompagnant.

▪ **Organisation et prise en charge du retour d'un accompagnant, Mutuaide Assistance** organise et prend également en charge, après accord du service médical de Mutuaide Assistance, le voyage d'une personne se trouvant avec le bénéficiaire sur place pour lui permettre d'accompagner le bénéficiaire.

**Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire, et appartiennent exclusivement aux médecins de Mutuaide Assistance en accord avec les médecins traitant locaux.**

Les médecins de Mutuaide Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à l'état de santé du bénéficiaire.

Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

**Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mutuaide Assistance, le bénéficiaire décharge Mutuaide Assistance de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mutuaide Assistance. Par ailleurs, Mutuaide ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.**

**Femmes enceintes :** en raison des risques pouvant mettre

en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies, et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, présentation d'un certificat médical, demande de l'accord médical de la compagnie. En cas de nécessité, sous réserve des conditions ci-dessus, Mutuaide Assistance organise le transport par avion du bénéficiaire à la condition expresse que les médecins et/ou les compagnies aériennes ne s'y opposent pas.

### 3.2 Assistance retour anticipé

Mutuaide Assistance organise et prend en charge, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour le retour dans le pays d'origine du bénéficiaire ne peuvent pas être utilisés, le trajet aller/retour. Le bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation dans les cas suivants afin d'assister aux obsèques, suite au décès de son conjoint de droit ou de fait, de l'un de ses ascendants ou descendants directs, frères, sœurs, de son tuteur légal, de la personne placée sous tutelle du bénéficiaire.

### 3.3 Assistance en cas de décès d'une personne assurée

En cas de décès d'une personne assurée, Mutuaide Assistance organise et prend en charge :

- le transport du corps du lieu de mise en bière au lieu d'inhumation dans le pays d'origine ou dans le pays d'expatriation du bénéficiaire,
- les frais funéraires, dans la limite du plafond du tableau des montants de garanties et des franchises.

## Article 5. Exclusions communes à toutes les garanties assistance

**Outre les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie, Mutuaide Assistance n'assure jamais les conséquences des circonstances et événements suivants :**

- LA PARTICIPATION VOLONTAIRE DU BENEFICIAIRE A DES PARIS, CRIMES OU RIXES, SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE;
- TOUT EFFET D'ORIGINE NUCLEAIRE OU CAUSE PAR TOUTE SOURCE DE RAYONNEMENT IONISANT ;
- LES ACTES INTENTIONNELS ET FAUTES DOLOSIVES DU BENEFICIAIRE, Y COMPRIS LE SUICIDE ET LA TENTATIVE DE SUICIDE ;
- LA CONSOMMATION PAR LE BENEFICIAIRE D'ALCOOL, DE DROGUE ET DE TOUTE SUBSTANCE STUPEFIANTE MENTIONNEE AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE FRANÇAIS, NON PRESCRITE MEDICALEMENT ;
- LES DOMMAGES CAUSES PAR LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE DECLAREE OU NON, LES EMEUTES ET MOUVEMENTS POPULAIRES, LES ACTES DE TERRORISME, ATTENTATS OU SABOTAGES.

- LES FRAIS ENGAGES SANS L'ACCORD PREALABLE DE MUTUAIDE ASSISTANCE;
- LES RESULTATS EVENTUELS (CHECK-UP, TRAITEMENT SUPPLEMENTAIRE, ETC) D'UNE AFFECTION QUI A PRECEDEMMENT DONNE LIEU A UN RAPATRIEMENT ;
- LES CONSEQUENCES DES AFFECTIONS OU LESIONS BENIGNES QUI PEUVENT ETRE TRAITES SUR PLACE ;
- L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE SAUF DANS LE CAS D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE MEDICALEMENT NECESSAIRE INTERVENANT DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION LOCALE, L'ACCOUCHEMENT, LES FECONDATIONS IN VITRO ET LEURS CONSEQUENCES AINSI QUE LES GROSSESSES AYANT DONNE LIEU A UNE HOSPITALISATION DANS LES 6 MOIS PRECEDANT LA DEMANDE D'ASSISTANCE;
- LA PSYCHIATRIE ;
- LA PARTICIPATION DU BENEFICIAIRE A TOUT SPORT EXERCE A TITRE PROFESSIONNEL OU SOUS CONTRAT AVEC REMUNERATION, AINSI QUE LES ENTRAINEMENTS PREPARATOIRES;
- L'INOBSERVATION D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, AINSI QUE LE NON-RESPECT PAR LE BENEFICIAIRE DES REGLES OFFICIELLES DE SECURITE, LIEES A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE ;
- LES CONSEQUENCES D'UN ACCIDENT SURVENU LORS DE LA PRATIQUE PAR LE BENEFICIAIRE D'UN SPORT AERIEN (Y COMPRIS, DELTA-PLANE, PARAPENTE, PLANEUR) OU DE L'UN DES SPORTS SUIVANTS : SKELETON, BOBSLEIGH, SAUT A SKI, ALPINISME AVEC PASSAGE EN CORDEE, VARAPPE, PLONGEE SOUS-MARINE AVEC APPAREIL AUTONOME, SPELEOLOGIE, SAUT A L'ELASTIQUE, PARACHUTISME;
- LES FRAIS NON MENTIONNES EXPRESSEMENT COMME DONNANT LIEU A REMBOURSEMENT, AINSI QUE LES FRAIS DE RESTAURATION ET OUTE DEPENSE POUR LAQUELLE LE BENEFICIAIRE NE PEUT PRODUIRE DE JUSTIFICATIF.

## Article 6. Mise en œuvre de la garantie

L'Assuré doit contacter Mutuaide ou faire contacter par un tiers, dès que sa situation lui laisse supposer un retour anticipé ou des dépenses entrant dans le champ de la présente garantie. Les services de Mutuaide se tiennent à disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par téléphone : **01 55 98 88 08** ou au **+33 1 55 98 88 08** si l'Assuré est hors de France.

- Le numéro de la convention Mutuaide : **5090**,
- Le nom et le numéro du contrat d'assurance,
- Le nom du gestionnaire du contrat frais de santé,
- Le nom et le prénom du bénéficiaire,
- Le nom de la prestation souhaitée,
- Le numéro de téléphone ou l'adresse où le bénéficiaire peut être joint, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui,
- Aux médecins de Mutuaide, toutes les informations

médicales qui concernent le bénéficiaire ou qui concernent la personne qui a besoin de l'intervention de Mutuaide.

### Pour une demande de remboursement

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mutuaide Assistance, le bénéficiaire doit communiquer à Mutuaide tous les justificatifs permettant d'établir le bien-fondé de sa demande. **Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par les services de Mutuaide Assistance, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.**

### Pour la prise en charge d'un transport

Lorsque Mutuaide Assistance organise et prend en charge un transport au titre des présentes garanties, celui-ci est effectué en train 1<sup>ère</sup> classe et/ou en avion classe touriste ou encore en taxi, selon la décision de Mutuaide Assistance. Mutuaide Assistance devient alors propriétaire des billets initiaux et le bénéficiaire s'engage à les restituer à Mutuaide Assistance ou à lui rembourser le montant dont le bénéficiaire a pu obtenir le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

Lorsque le bénéficiaire ne détient pas initialement de billet retour, Mutuaide Assistance demande au bénéficiaire le remboursement des frais qu'il a exposés, en tout état de cause, pour son retour, sur la base de billets de train 1<sup>ère</sup> classe et/ou d'avion en classe touriste, à la période du retour anticipé du bénéficiaire, avec la compagnie qui l'avait acheminé à l'aller.

## Article 8. Cadre des interventions d'Assistance

Mutuaide intervient dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux et ses prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes. Mutuaide ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit.



## Annexe 2 – Tableau récapitulatif de garanties complément Sécurité sociale

Les garanties s'entendent y compris les prestations servies par la Sécurité sociale.

<b>HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE</b>	
en établissement conventionné uniquement et dans la limite de 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS*)	
Frais de séjour	100% des Frais Réels** dans la limite de 200% BRSS
Médecine ambulatoire hospitalière	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Forfait hospitalier	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Psychiatrie – plafond	100% des Frais Réels - Maximum 5 000€/ an
Supplément chambre particulière (niveau standard à l'exclusion de tout autre)	80 € / jour Maximum 21 jours
Transport en ambulance terrestre (si médicalement justifié)	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Chirurgie dentaire réparatrice (par suite d'accident pendant la période d'assurance)	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Accouchement	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>	
Uniquement auprès d'un praticien et dans la limite de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS*)	
Consultations, visites (hors dentistes) – médecins conventionnés	100% des Frais Réels Maximum 50€ / généraliste 75 € / spécialiste
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...)	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Biologie médicale	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Radiologie, Imagerie médicale en établissement conventionné	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
Frais pharmaceutiques (sur ordonnance)	100% des Frais Réels dans la limite de 200% BRSS
<b>AUTRES</b>	
Autres prothèses (appareils de surdité, prothèses orthopédiques)	100% des Frais Réels Maximum 1 000 € / prothèse
<b>SOINS DENTAIRES EN CAS D'URGENCE</b>	
<b>Plafond annuel dentaire</b>	<b>Maximum 1 000 € / an</b>
Consultations et soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, y compris gingivectomie)	100% des Frais Réels dans la limite de 300 euros
Prothèses dentaires en cas d'urgence ou d'accident	100% des Frais Réels dans la limite de 400 euros par dent
<b>OPTIQUE</b>	
<b>En cas de casse ou bris ou en cas de modification de l'acuité visuelle lors du séjour en France</b>	
Verres, montures	100% des Frais Réels Maximum 200 € par équipement complet (verres et monture)
<b>ASSISTANCE RAPATRIEMENT</b>	
<b>Assistance retour anticipé :</b>	
En cas de d'hospitalisation urgente d'un membre de votre famille En cas de décès d'un membre de votre famille	100% des Frais réels, dans la limite d'un billet aller-retour (train 1ère classe et/ou en avion classe touriste)
<b>Assistance en cas de décès d'un assuré :</b>	
Transport du corps Frais funéraires	100% des Frais réels Dans la limite par personne assurée de 3 000 €

\* La BRSS correspond au tarif de convention de la sécurité sociale, c'est-à-dire à la part des dépenses de santé prise en charge par la sécurité sociale

\*\*ensemble des dépenses de santé qui sont facturées à l'Adhérent

SIREN 775 685 399. VYV-IB, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15 RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500, RCS PARIS numéro 813 361 441.