

Numéro de contrat : MGENIB1101056SAP

NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE DÉCÈS ACCIDENTEL RESPONSABILITÉ CIVILE

Souscrit par l'Association « La compagnie des expatriés »

Document contractuel

À effet du 1^{er} juin 2026

L'Association « La compagnie des expatriés » dénommée le "Souscripteur", a souscrit un contrat d'assurance, auprès de l'Organisme assureur MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A., représenté par VYV International Benefits, sous le numéro de contrat N°MGENIB1101056SAP, qui a pour objet de faire bénéficier facultativement les adhérents du Souscripteur, personnes élèves et le personnel salarié des Ecoles françaises, du remboursement de leurs frais médicaux en cas d'accident reconnu par l'Assurance Maladie-Maternité de la Sécurité sociale française, et ce dès le premier euro.

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

*Intermédié par GEODESK, 9 allée de l'Arche 92400 Courbevoie
Numéro ORIAS 07001094*

SECTION 1 - OBJET ET BASES DU CONTRAT

Article 1. Objet du contrat d'assurance groupe

Le présent contrat d'assurance groupe à adhésion facultative a pour objet de faire bénéficier facultativement les adhérents du Souscripteur, personnes élèves et le personnel salarié des Ecoles françaises, du remboursement de leurs frais médicaux en cas d'accident reconnu par l'Assurance Maladie-Maternité de la Sécurité sociale française, et ce dès le premier euro.

Le contrat est complété de garanties d'Assistance – Rapatriement, Décès Accidentel et Responsabilité Civile.

Le contrat est souscrit auprès de MGEN Portugal (ci-après dénommé « l'Organisme assureur »), dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB). MGEN Portugal est contrôlé l'*Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões* et autorisé à exercer en France par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) via la Libre prestation de services.

Il relève de la législation française en vigueur, du Code des assurances, et des branches d'assurance suivantes :

- 1 - Accidents
- 2 - Maladie
- 13- Responsabilité civile générale
- 18- Assistance

Les déclarations, tant du Souscripteur que des Adhérents, lui servent de base.

Article 2. Prescription

Toute action dérivant de la notice d'information, objet du contrat, se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ou les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans deux cas :

1. Opérations sur la vie humaine (ex : décès, invalidité) : si le bénéficiaire de la prestation n'est pas le salarié assuré lui-même, mais un tiers (par exemple : un conjoint, un enfant, etc.).
2. Accidents ayant causé la mort : si les bénéficiaires de la prestation sont les ayants droit (héritiers) du salarié décédé.

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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte en exécution forcée (article 2244 du Code civil),

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit contre celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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.

Article 3. Déchéance

L'ADHÉRENT OU LE BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION EST DÉCHU DE TOUT DROIT À INDEMNISATION AU TITRE DU SINISTRE CONCERNÉ :

- S'IL FAIT VOLONTAIREMENT UNE FAUSSE DÉCLARATION DE SINISTRE OU À L'OCCASION D'UN SINISTRE, PORTANT SUR LA DATE, LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES DU SINISTRE
- S'IL FOURNIT OU UTILISE SCIEMMENT DES RENSEIGNEMENTS OU DES DOCUMENTS INEXACTS, FABRIQUÉS OU FALSIFIÉS COMME JUSTIFICATIFS OU USE D'AUTRES MOYENS FRAUDULEUX EN VUE D'OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS.

IL S'EXPOSE ÉGALEMENT À DES POURSUITES PÉNALES DE LA PART DE L'ORGANISME ASSUREUR.

Article 4. Subrogation

Pour le paiement des prestations 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 droits 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 droits leur demeure acquise, sous la même réserve.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des Adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables.

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.

Article 5. 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 de la notice d'information, objet 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 de la notice d'information, objet 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 (ou Data Protection Officer) de VYV International Benefits** à l'adresse suivante : 3, square Max Hymans, 75748 Paris cedex 15, France **ou** dpo@vyv-ib.com. 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.

Article 6. Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre l'Organisme assureur et **GEODESK, 9 allée de l'Arche 92400 Courbevoie** est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Organisme assureur délègue à GEODESK, et notamment les obligations de ce

dernier vis-à-vis de l'Organisme assureur en matière :

- **De gestion des affiliations**
- **Gestion des prestations au titre de la notice d'information, objet du contrat.**
- **Gestion des sinistres dommages matériels dans le cadre de la Responsabilité civile Vie privée inférieurs à 1 500 €**
- **De gestion et recouvrement des cotisations**
- **Et d'établissements de statistiques.**

Une convention de délégation de gestion distincte entre l'Organisme assureur et VYV International Benefits est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Organisme assureur délègue à VYV International Benefits, et notamment les obligations de ce dernier vis-à-vis de l'Organisme assureur en matière de gestion des sinistres Responsabilité Civile Vie Privée et notamment pour les dommages matériels supérieurs à 1 500 €.

Article 7. Autorité de contrôle

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

L'organisme de contrôle de l'Organisme assureur est l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

Article 8. Règlement des litiges

Les Parties s'engagent à se réunir à l'occasion de tout différend, litige, controverse ou réclamation qui pourrait survenir entre elles, afin de tout mettre en œuvre pour le régler à l'amiable. Toute contestation relative à l'interprétation ou à l'exécution de la notice d'information, objet du contrat qui ne pourrait être réglée par voie amiable, sera de la compétence des juridictions françaises.

Article 9. Renseignement – Réclamation – Médiation

Lorsque les Adhérents souhaitent obtenir des précisions, ils doivent s'adresser au Déléataire de gestion **GEODESK, 9 allée de l'Arche 92400 Courbevoie**, pour toute demande ou réclamation portant sur :

- les conditions d'admission dans l'assurance,
- les sinistres.

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, 3 Square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, France**. Courriel : clients@vyv-ib.com.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, le réclamant peut saisir le médiateur par écrit et adresser sa réclamation par voie postale au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 75441 - Paris Cedex 09, France** ou sur le site dédié www.mediation-assurance.org en consultant la page " je saisis le médiateur " et en complétant le " formulaire en ligne ". Pour tout autre sujet, l'Adhérent peut adresser un courriel au Médiateur de l'Assurance par email à l'adresse suivante : le.mediateur@mediation-assurance.org.

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.

Article 10. Loi applicable - Compétence des tribunaux et langue du contrat

La loi applicable est la loi française. Les tribunaux compétents sont les juridictions françaises. La langue utilisée au titre de la notice d'information, objet du contrat est la langue française.

Article 11. 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 RÉOLUTIONS DES NATIONS UNIES EN MATIÈRE DE SANCTIONS ÉCONOMIQUES OU COMMERCIALES, OU EN VERTU DES LOIS ET RÈGLEMENTATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE, DES ÉTATS-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.

Article 12. 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 RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE

L'ASSURE ENTRAINE LA NULLITE DU CONTRAT D'ASSURANCE (ART. L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES), QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ORGANISME ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

PAR APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES PAR LE CODE DES ASSURANCES :

- TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES A L'ART. L. 113-8 DU CODE DES ASSURANCES : LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ORGANISME ASSUREUR, QUI A LE DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS ; L'ASSURE DOIT REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE SON CONTRAT.
- L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ASSURE DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE L'ASSURANCE (ART. L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).
- SI L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ORGANISME ASSUREUR A LE DROIT DE MAINTENIR LE CONTRAT, MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE COTISATION ACCEPTEE PAR L'ASSURE, SOIT DE RESILIER LE CONTRAT (10) JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ASSURE PAR LETTRE RECOMMANDEE. L'ORGANISME ASSUREUR RESTITUE A CELUI-CI LA PORTION DE COTISATION PAYEE POUR LE TEMPS OU LA GARANTIE NE COURT PLUS (ART. L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).

- **SI L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE N'EST CONSTATEE QU'APRES UN SINISTRE, LA REDUCTION DES INDEMNITES S'ETABLIRA PROPORTIONNELLEMENT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ART. L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).**

Article 13. Pluralité de contrats

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs Organisme assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

SECTION 2 - LES ADHERENTS

Article 14. Personnes assurées

Les élèves et le personnel salarié des Ecoles françaises adhérents au Souscripteur peuvent adhérer au présent contrat.

Le personnel salarié pouvant être assuré sont :
Les enseignants, le personnel et les bénévoles des établissements scolaires français à l'étranger ainsi que :

- Les stagiaires intervenant dans les classes
- Les AVS/AESH (Assistante de vie scolaire) accompagnant certains élèves tout au long de la journée d'école.
- Le personnel employé à temps partiel
- Les parents accompagnant les élèves lors des sorties ou voyages scolaires.

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

Article 15. Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au contrat les élèves et le personnel salarié des Ecoles françaises.

Article 16. Conditions d'admission à l'assurance

Les Adhérents doivent au moment de leur affiliation, fournir au Délégué de gestion :

- un bulletin individuel d'affiliation complété et signé ;
- une copie d'une carte nationale d'identité ou une copie du passeport de l'Adhérent ;
- un formulaire « Désignation de bénéficiaire en cas de décès » signé par l'Adhérent.

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

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

Les élèves et le personnel salarié des Ecoles françaises prennent la qualité d'Adhérent une fois affiliés au contrat. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Article 17. Cessation ou suspension des garanties

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances 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 :**
 - dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de « personnes assurées » telle que définie au présent contrat,
 - en cas de non-paiement des cotisations,
 - à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus membre de l'association La Compagnie des Expatriés,
 - en cas de réticence ou de fausse déclaration,
 - au jour du décès de l'Adhérent,
 - en cas de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur ou de l'Association souscriptrice.

Pour la totalité des Adhérents, à la date de prise d'effet de la résiliation de la notice d'information, objet du contrat d'assurance groupe n° MGENIB1101056SAP entre l'Association La Compagnie des Expatriés et MGEN Portugal.

La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation

**même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant
la date de fin du contrat.**

SECTION 3 - LES GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 18. 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 ayant nécessité un rapatriement ou d'accident :

- **Dans le pays où se trouve l'Ecole française ou le pays d'origine,**
- **Dans un pays tiers :** lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept (7) semaines, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie uniquement lorsque celle-ci nécessite un rapatriement, présentant un caractère d'urgence, tels que ces termes sont définis dans la section 8.
- **Dans les autres cas, après accord exprès de l'Organisme assureur.**

Article 19. Personnalisation de la couverture par l'Adhérent

19.1 Formules

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

- **FORMULE A : 10 000 €**
- **FORMULE B : 20 000 €**
- **FORMULE C : 40 000 €**

19.2 Options

Le choix des options est effectué par l'Adhérent lors de l'affiliation parmi les options suivantes :

- **Option A : SCOLAIRE et Trajet uniquement**
- **Option B : SCOLAIRE, Trajet et EXTRASCOLAIRE**

Les garanties s'appliquent lors des activités scolaires :

- A l'occasion des activités effectuées par l'Assuré dans le cadre scolaire et parascolaire et des stages non rémunérés organisés par l'établissement fréquenté ou sous sa responsabilité
- Pendant le trajet le plus direct, aller et retour, du domicile au lieu où se déroulent ces activités et stages.

Les garanties s'appliquent lors des activités extrascolaires si l'option a été souscrite au cours de la vie familiale et privée de l'Assuré, pendant les vacances scolaires, à l'exclusion de toute activité professionnelle proprement dite.

En l'absence ou à défaut de remboursement de l'assurance personnelle de l'adhérent, les remboursements seront effectués sur la base de 50% des frais engagés, dans la limite des plafonds de garanties.

Article 20. Garanties couvertes

20.1 Nature des garanties

La couverture de la notice d'information, objet du contrat consiste à rembourser les frais médicaux engagés par l'Adhérent, dès le premier euro 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 raisonnable 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.

En cas d'hospitalisation suite à un accident, 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 8.

20.2 Tableau des garanties

Les Adhérents sont couverts selon la formule de garanties choisie.

Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en frais réels, par bénéficiaire et par année d'assurance. Les remboursements des frais médicaux sont effectués dans la devise locale, à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

20.3 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 ;
- Prothèses et implants dentaires ;
- Prothèses médicales.

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 8. 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.

20.4 Limitation des remboursements aux frais réels

Les remboursements ou les indemnités des frais d'hospitalisation occasionnés par une maladie ayant nécessité un rapatriement, 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 indemnité 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.

20.5 Déclaration des frais de santé

L'Adhérent doit déclarer au Délégué de gestion les frais de santé occasionnés dès qu'il en a eu connaissance, et au plus tard dans un délai de cinq (5) jours ouvrés, accompagnés des pièces justificatives.

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 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.

20.6 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 nécessitant un rapatriement : les prescriptions médicales et les factures détaillées.
- 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.

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

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 raisonnable 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.

SECTION 4 - Les garanties et prestations d'Assistance-Rapatriement

Article 21. Garanties couvertes

21.1 Nature des garanties

La couverture du contrat objet de la notice d'information consiste à faire bénéficier les Adhérents du Souscripteur, de garanties d'Assistance - Rapatriement dans la limite des frais réels.

21.2 Tableau des garanties

Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en frais réels, par bénéficiaire et par année d'assurance. Les remboursements sont effectués en devise locale, à concurrence des plafonds indiqués dans le Tableau des garanties en annexe.

21.3 22.3 Limitation des remboursements aux frais réels

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie uniquement lorsque celle-ci nécessite un rapatriement ou un

accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit et notamment après la prise en charge de la sécurité sociale et de sa complémentaire santé.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Adhérent peuvent 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.

Article 22. Assistance – Rapatriement

22.1 EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état de L'Assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays susceptible d'assurer les soins;
- soit le rapatriement au Domicile de l'Assuré s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants : avion sanitaire, avion des lignes régulières, train, wagon-lit, bateau, ambulance.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée ne serait pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile de l'Assuré.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile.

Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire

Si l'Assuré est transporté dans les conditions définies au paragraphe « Rapatriement ou transport sanitaire » et s'il n'est pas accompagné d'un médecin ou d'un infirmier, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le voyage d'une personne se trouvant sur place pour accompagner l'Assuré.

Présence auprès de l'Assuré hospitalisé

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge à concurrence de **100 euros par nuit avec une prise en charge maximum de 700 euros**, le séjour à l'hôtel d'une personne qui reste au chevet de l'Assuré hospitalisé, dont l'état ne justifie pas ou empêche un rapatriement immédiat.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend également en charge le retour en France métropolitaine de cette personne (où à son pays de Domicile) si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus. Si l'hospitalisation doit dépasser dix jours, et si personne ne reste au chevet de l'Assuré, MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge les frais de transport au départ de la France métropolitaine (en train 1ere classe ou en avion classe économique) d'une personne désignée par l'Assuré, MUTUAIDE ASSISTANCE organise également le séjour à l'hôtel de cette personne à concurrence de **50 euros par jour avec une prise en charge maximum de 500 euros**.

22.2 PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

Transport de corps

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps de l'Assuré depuis le lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine ou au Domicile de l'Assuré.

MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps, dont le coût d'un cercueil à concurrence de **2 000 € TTC maximum**.

Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge des familles.

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du corps de l'Assuré jusqu'au lieu d'inhumation définitive en France métropolitaine ou au Domicile de l'Assuré, après expiration des délais légaux d'exhumation.

Autres prestations

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le retour en France métropolitaine (ou au pays de Domicile de l'Assuré) jusqu'au lieu d'inhumation, des autres Assurés se trouvant sur place s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Dans le cas où des raisons administratives imposeraient une inhumation provisoire ou définitive sur place, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique) d'un membre de la famille pour se rendre de son domicile en

France métropolitaine (ou dans un autre pays où résidait l'Assuré), jusqu'au lieu d'inhumation, ainsi que son séjour à l'hôtel.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise également le séjour à l'hôtel du membre de la famille qui doit se déplacer, et prend en charge les frais réels à concurrence de **100 € TTC maximum par nuit avec un maximum de 700 Euros TTC**.

22.3 AIDES & SERVICES

Transmission de messages

MUTUAIDE ASSISTANCE transmet les messages de caractère privé, destinés à l'Assuré lorsqu'il ne peut être joint directement, par exemple, en cas d'hospitalisation ou laissés par lui à l'attention d'un membre de sa famille.

Envoi de médicaments

MUTUAIDE ASSISTANCE prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible à l'Assuré de se les procurer ou d'obtenir leur équivalent. Le coût de ces médicaments reste à la charge de l'Assuré.

Écoute et soutien psychologique

L'intervention de psychologues

MUTUAIDE ASSISTANCE met en relation l'Assuré avec des psychologues psychocliniciens.

Ces psychologues, tous titulaires d'un DESS de psychologie clinique, répondent à l'appel qui leur est fait, grâce à une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante, non interventionniste.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge un entretien téléphonique qui dure trente minutes avec un maximum de cinq fois par personne et par événement. Au-delà, le psychologue orientera l'Assuré vers un psychologue en ville.

Le bénéfice de cette garantie doit être demandé dans les six mois maximums de la survenance d'un sinistre corporel et dans le mois au plus tard de la survenance d'un sinistre

matériel.

SONT EXPRESSEMENT EXCLUS LES TRAUMATISMES NON LIÉS DIRECTEMENT A UN ÉVÉNEMENT ASSURÉ AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, LES CONSULTATIONS RELEVANT D'UN AUTRE DOMAINE QUE LE DOMAINE PSYCHOLOGIQUE (ACCOMPAGNEMENT PSYCHIATRIQUE, PSYCHOTHERAPEUTIQUE), LA SIMPLE ÉCOUTE CONVIVIALE.

LES EXCLUSIONS DES CONDITIONS GÉNÉRALES SONT APPLICABLES AUX PRÉSENTES CONVENTIONS SPÉCIALES.

Remise à niveau scolaire

En cas d'accident corporel, la Compagnie prend en charge les cours de remise à niveau scolaire, à compter du 31ème jour d'incapacité et pendant 6 mois maximum.

22.4 Mise en œuvre des garanties d'Assistance

L'Adhérent doit contacter l'Assisteur ou le faire contacter par un tiers, dès que sa situation lui laisse supposer un retour anticipé ou des dépenses entrant dans le champ des présentes garanties et dans les 48 heures à compter du sinistre.

Les services de l'Assisteur se tiennent à disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par téléphone +33 01 55 98 71 78 si l'Adhérent est hors de France.

En indiquant :

- Le nom et le numéro du contrat d'assurance souscrit,
- Le nom du gestionnaire du contrat,
- Le nom et le prénom de l'Adhérent,
- Le nom de la prestation souhaitée,
- Le numéro de téléphone ou l'adresse où l'Adhérent peut être joint, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui,
- Aux médecins de l'Assisteur, toutes les

informations médicales qui concernent l'Adhérent ou qui concernent la personne qui a besoin de l'intervention de l'Assisteur.

Pour la prise en charge d'un transport

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

Dès lors que l'Adhérent fait appel aux services de l'Assisteur, les décisions relatives à la nature, à l'opportunité et à l'organisation des mesures à prendre appartiennent exclusivement à l'Assisteur.

SECTION 5 - Les garanties et prestations Individuelle Accident

Article 23. Garantie Décès accidentel

En cas de décès accidentel de l'Adhérent, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le cas échéant, un capital dont le montant est fixé selon la formule choisie, comme suit :

- Formule A : 15 000 €
- Formule B : 20 000 €
- Formule C : 30 000 €

En tout état de cause, en cas de décès d'un enfant âgé de moins de douze (12) ans, un forfait « frais d'obsèques » sera versé dans la limite des frais réellement engagés en lieu et place du capital décès.

Sauf désignation particulière de l'Adhérent, le capital décès garanti en cas de décès de l'Adhérent est attribué par ordre de préférence :

1. au conjoint non séparé de corps de l'Adhérent marié,
2. à défaut, au partenaire lié à l'Adhérent par un PACS,
3. à défaut, aux enfants de l'Adhérent nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
4. à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou, au survivant en cas de prédécès,
5. à défaut, aux héritiers.

À tout moment, l'Adhérent peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de son choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il devra en informer l'Organisme assureur par écrit de la désignation de bénéficiaire(s).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Organisme assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Adhérent doit mentionner les coordonnées de ce dernier afin que nous les utilisions en cas de décès.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article L.223-11 du code de la Mutualité. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par l'Adhérent et le bénéficiaire, devra nous être notifiée pour prendre effet. Lorsque la désignation personnelle est caduque, la clause-type ci-dessus est applicable.

Revalorisation du Capital à compter du décès de l'Adhérent

Conformément Loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence dite « Loi Eckert » qui a renforcé le dispositif de revalorisation du capital décès, et conformément

à l'article R132-3-1 du Code des assurances, entré en vigueur au 1er janvier 2016, le capital décès dû à des bénéficiaires personnes physiques donne lieu à une revalorisation annuelle.

Ce capital décès doit être revalorisé à compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à ce que l'Organisme assureur ait réceptionné l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux décès ou à défaut, jusqu'au transfert des fonds à la Caisse des dépôts et consignation.

Entre la date du décès de l'assuré et la date de connaissance du décès par l'Organisme assureur :

le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ; ou
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

A compter de la date de connaissance du décès (obtention de l'acte de décès) et jusqu'à réception des pièces nécessaires au règlement, le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ; ou
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

L'Organisme assureur dispose d'un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées de chaque bénéficiaire pour lui demander de fournir la totalité des pièces nécessaires au paiement du capital. Dès

réception de ces pièces justificatives, l'Organisme assureur dispose d'un délai d'un (1) mois pour procéder au règlement du capital.

Article 24. Garantie Infirmité totale ou partielle à la suite d'un accident

En cas d'infirmité permanente totale à la suite d'un accident, un capital est versé à l'Adhérent en fonction de la formule choisie. Ce capital est réductible en cas d'infirmité permanente partielle selon le barème d'infirmité.

- **Formule A : 45 000 €**
- **Formule B : 75 000 €**
- **Formule C : 105 000 €**

La garantie Infirmité Permanente Totale n'est acquise que lorsque le taux d'Infirmité Permanente, déterminé conformément au barème contractuel, est supérieur ou égal à 10 %.

Aucun capital n'est versé lorsque le taux d'Infirmité Permanente est inférieur à 10 %.

Lorsque le taux d'Infirmité Permanente est égal ou supérieur à 10 %, l'indemnisation est calculée sur la base du taux retenu, sans déduction de la franchise.

L'Adhérent est réputé atteint d'une infirmité permanente s'il remplit les deux conditions suivantes :

- lorsqu'il est reconnu par l'Organisme assureur comme présentant une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire être hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité, si

celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme et ;

- être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à savoir : se nourrir, s'habiller, se laver, être continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans des surfaces sans étages).

La date de survenance de l'infirmité permanente est fixée au jour de la reconnaissance de cet état par le Médecin conseil de l'Organisme assureur.

Cette garantie cesse au plus tard le 67^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

En cas d'infirmité permanente totale :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant la cause de l'infirmité permanente,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant,
- un justificatif des cotisations payées par l'Adhérent,
- un relevé d'identité bancaire de l'Adhérent,
- Toute pièce médicale ou administrative (notamment PV de gendarmerie ou rapports de police) prouvant le lien de cause à effet entre l'accident et l'infirmité permanente.

SECTION 6 - Les garanties Responsabilité civile vie privée

Article 25. Garanties Responsabilité civile

25.1 Garanties couvertes

L'Organisme assureur garantit les conséquences pécuniaires de la Responsabilité civile que l'Adhérent peut encourir en vertu des lois et règlements en vigueur dans le pays où il est

expatrié ou scolarisé dans le cadre de sa vie privée. La garantie s'exerce en cas de Dommages corporels et matériels que l'Adhérent cause à autrui et provenant notamment de :

- Son propre fait ou du fait des personnes dont il répond ;
- Des choses et animaux dont il est propriétaire ou gardien ;
- La pratique de tous sports et activités de plein air ;
- La responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- La location d'un appartement en villégiature et pendant une période de moins de trois (3) mois,
- Dommages causés aux appartements voisins du sien,
- Dommages corporels ou matériels causés à ses invités.

Cette garantie ne se substitue en aucun cas à une assurance habitation et ne dispense pas l'Adhérent des obligations d'assurances locales.

25.2 Plafonds de garantie

♦ Dommages corporels, matériels et immatériels	4 600 000 €
♦ Sauf USA/Canada	750 000 €
Dont	
♦ Dommages matériels et immatériels consécutifs avec une franchise absolue de 50 € par sinistre	300 000 €
♦ Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives	Frais à la charge de l'Assureur, sauf dépassement du plafond de garantie en cause

La responsabilité de l'Organisme assureur est limitée au montant maximum fixé dans le présent article, quel que soit le nombre de personnes lésées par un sinistre. S'il y a plusieurs

lésés pour un même sinistre et le montant du dommage dépasse le Capital Adhérent, la responsabilité de l'Organisme assureur pour chacun d'eux est réduite proportionnellement au montant des dommages subis, jusqu'à concurrence de ce capital.

Les dommages dus à un même événement, quel que soit le nombre de personnes lésées, sont considérés comme constituant un seul et même événement.

SECTION 7 - RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS

Article 26. RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

LES FRAIS ENGAGES 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,**
- **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.

Article 27. PRESTATIONS EXCLUES AU TITRE DES GARANTIES SANTE

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

- TOUTE DEPENSE ENGAGEE AU TITRE DE TRAITEMENTS OU ACTES PRESCRITS ANTERIEUREMENT A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT OU PENDANT LES DELAIS D'ATTENTE LE CAS ECHEANT,
- TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE,
- 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 DANS LE CONTRAT,
- TOUTE FORME DE TRAITEMENT EXPERIMENTAL OU NON CONTROLE QUI NE SUIV PAS LES PRATIQUES COMMUNEMENT ACCEPTEES, COUTUMIERES OU TRADITIONNELLES DE LA MEDECINE, SAUF SUR CONSENTEMENT SPECIFIQUE DE LA PART DE L'ORGANISME ASSUREUR,
- LES TRAITEMENTS PREVENTIFS, BILANS DE SANTE AINSI QUE LES EXAMENS DE DEPISTAGE,
- LES FRAIS ANNEXES OU DE CONFORT EN CAS D'HOSPITALISATION (TELEPHONE, TELEVISION...),
- LES FRAIS D'ACCOUCHEMENT,
- 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 EN MATIERE DE PSYCHOTHERAPIE ET PSYCHANALYSE ET LEURS TRAITEMENTS
- LES CONSULTATIONS, TRAITEMENTS ET COMPLICATIONS LIES A LA PERTE OU A L'IMPLANT DE CHEVEUX,
- LES TRAITEMENTS EN VUE DE MODIFIER LA REFRACTION D'UN ŒIL OU DES YEUX

(CORRECTION OCULAIRE AU LASER), Y COMPRIS LA KERATOTOMIE REFRACTIVE (KR) ET LA KERATOTOMIE PHOTO REFRACTIVE (KPR),

- LES 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 DENTAIRES OU LES LENTILLES DE CONTACT, IL EST FAIT REFERENCE AUX REGLES D'ACCEPTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE FRANÇAISE.

Article 28. RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS DES GARANTIES D'ASSISTANCE - RAPATRIEMENT

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

OUTRE LES EXCLUSIONS PARTICULIERES FIGURANT AU NIVEAU DE CHAQUE GARANTIE, L'ORGANISME ASSUREUR NE COUVRE JAMAIS LES CONSEQUENCES DES CIRCONSTANCES ET EVENEMENTS 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.

OUTRE LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES, LES CONSEQUENCES DES CIRCONSTANCES ET EVENEMENTS SUIVANTS NE SONT JAMAIS ASSUREES :

AU TITRE DES GARANTIES « ASSISTANCE ACCIDENT, MALADIE ET IMPREVU » ET « ASSISTANCE EN CAS DE DECES » :

- LES FRAIS ENGAGES SANS L'ACCORD PREALABLE DE L'ASSISTEUR ;
- 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 TRAITEES 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 SIX (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, KITE-SURF ;
 - LES FRAIS NON MENTIONNES EXPRESSEMENT COMME DONNANT LIEU A REMBOURSEMENT, AINSI QUE LES FRAIS DE RESTAURATION ET TOUTE DEPENSE POUR LAQUELLE LE BENEFICIAIRE NE PEUT PRODUIRE DE JUSTIFICATIF.
- DUS A L'USAGE PAR L'ASSURE DE DROGUES, STUPEFIANTS OU TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT OU DUS A LA CONDUITE DE TOUT TYPE DE VEHICULE, LORSQUE L'ASSURE EST SOUS L'EMPRISE DE CES DROGUES, STUPEFIANTS OU TRANQUILLISANTS PRESCRITS MEDICALEMENT ALORS QUE LA NOTICE MEDICALE INTERDIT LA CONDUITE DE TOUT TYPE DE VEHICULE ;
 - CAUSES PAR LE SUICIDE OU LA TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ADHERENT ;
 - RESULTANT DE TOUT TROUBLE NEUROPSYCHIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHOSOMATIQUE, DE TOUTE MANIFESTATION JUSTIFIANT UN TRAITEMENT A VISEE NEUROPSYCHIATRIQUE, ET EN PARTICULIER LA DEPRESSION NERVEUSE OU L'ANXIETE ;
 - RESULTANT D'UN ETAT DE GROSSESSE, DE MATERNITE ET SES COMPLICATIONS, DE L'ACCOUCHEMENT ET DE SES COMPLICATIONS, DU TRAITEMENT DE LA STERILITE DE LA GROSSESSE AINSI QUE DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ;
 - RESULTANT DE LA PARTICIPATION DE L'ADHERENT A DES PARIS DE TOUTE NATURE (SAUF COMPETITIONS SPORTIVES), A DES RIXES (SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE) OU A DES DELITS ET CRIMES AU SENS DU DROIT PENAL APPLICABLE ;
 - RESULTANT DE LA PRATIQUE D'UN SPORT EN TANT QUE PROFESSIONNEL AINSI QUE DE LA PARTICIPATION MEME EN TANT QU'AMATEUR A DES COURSES DE VEHICULES A MOTEUR OU A DES SPORTS REPUTES DANGEREUX TELS QUE LE BOBSLEIGH, SKELETON, ALPINISME, LUGE DE COMPETITION, SPORTS AERIENS A L'EXCEPTION DU PARACHUTE ASCENSIONNEL, SCOOTER DES MERS, SPORTS DE COMBAT, SPORTS DE GLISSE HORS-PISTE, PLONGEE SOUS-MARINE AVEC DES BOUTEILLES, LES SPORTS EXTREMES DEFINIS AU PRESENT CONTRAT ET LES TENTATIVES DE RECORDS ;
 - RESULTANT DE L'UTILISATION, COMME PILOTE, D'UN APPAREIL QUELCONQUE PERMETTANT DE SE DEPLACER DANS LES AIRS OU RESULTANT DE LA PRATIQUE, EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER, DE TOUS LES SPORTS AERIENS ET NOTAMMENT DU DELTAPLANE, DU PARACHUTISME, DU PARAPENTE OU DE L'ULM ;
 - RESULTANT DE VOYAGES AERIENS DONT L'OBJECTIF DU VOL EST LA PARTICIPATION A UNE ACTIVITE DE CONSTRUCTION, LA

Article 29. RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS DES GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

SONT EXCLUS AU TITRE DE LA GARANTIE DECES ACCIDENTEL ET INFIRMITÉ TOTALE OU PARTIELLE :

- CAUSES OU PROVOQUES INTENTIONNELLEMENT PAR L'ADHERENT ;
- DUS A LA CONDUITE DE TOUT TYPE DE VEHICULE EN ETAT D'IVRESSE LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU L'ACCIDENT ;

PHOTOGRAPHIE, LA PUBLICITE AERIENNE, LES VOLS LIES AU TOURNAGE OU A LA PRODUCTION D'EMISSIONS TELEVISEES OU DE CINEMA, DES VOLS A DESTINATION DE PLATES-FORMES OFFSHORE, LES VOLS EN AEROCLUBS ;

- QUE L'ADHERENT PEUT SUBIR EN TANT QUE PASSAGER D'UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT AERIEN DONT LE PILOTE NE POSSEDE PAS LES CERTIFICATS, LICENCES OU AUTORISATIONS NECESSAIRES.
- DUS AUX EFFETS THERMIQUES, MECANQUES, RADIOACTIFS ET AUTRES, PROVENANT D'UNE MODIFICATION QUELCONQUE DE LA STRUCTURE ATOMIQUE DE LA MATIERE OU DE L'ACCELERATION ARTIFICIELLE DE PARTICULES ATOMIQUES OU ENCORE DUS A LA RADIATION PROVENANT DE RADIO-ISOTOPES ;
- RESULTANT D'UNE AGRESSION, D'UN ACTE DE TERRORISME, DE SABOTAGE OU D'UN ATTENTAT DONT L'ASSURE SERAIT VICTIME, S'IL EST PROUVE QU'IL A PRIS UNE PART ACTIVE COMME AUTEUR OU INSTIGATEUR DE CES EVENEMENTS ;
- PROVOQUES PAR LA GUERRE ETRANGERE OU CIVILE. LES ASSURES QUI SERAIENT SURPRIS PAR LA SURVENANCE DE TELS EVENEMENTS, DANS LE PAYS DE LEUR DETACHEMENT OU D'EXPATRIATION, SONT TENUS DE QUITTER LE LIEU DES HOSTILITES DES QUE POSSIBLE. LES GARANTIES DE NATURE ACCIDENTELLE LEUR RESTENT ACQUISES JUSQU'A LEUR RETOUR DANS LEUR PAYS D'ORIGINE OU DE RESIDENCE SITUE DANS UN PAYS DE L'UNION EUROPEENNE ET PENDANT UN MAXIMUM DE QUATORZE (14) JOURS A COMPTER DU JOUR DE SURVENANCE DES HOSTILITES. L'ADHERENT QUI SE REND DANS UN PAYS DE DETACHEMENT OU D'EXPATRIATION OU DES TENSIONS SONT DEJA CONSTATEES NE BENEFICIE PAS DE CETTE DEROGATION.

Article 30. RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS DES GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE

OUTRE LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES SONT EXCLUS :

- LES DOMMAGES RESULTANT DE TOUTE ACTIVITE PROFESSIONNELLE (SAUF POUR LES DOMMAGES AU MATERIEL UTILISE A L'OCCASION DE STAGE EN ENTREPRISE) ;

- LES CONSEQUENCES PECUNIAIRES DE LA RESPONSABILITE CONTRACTUELLE QUE L'ASSURE ENCOURT, EN DEHORS DE LA RESPONSABILITE ENCOURUE A L'EGARD DES MAITRES DE STAGE POUR LES SEULS DOMMAGES OCCASIONNES AU MATERIEL UTILISE A L'OCCASION DUDIT STAGE ;
- LES RISQUES DE CIRCULATION DEFINIS PAR LES LOIS FRANÇAISES N°58208 DU 27 FEVRIER 1958 ET N° 85.677 DU 5 JUILLET 1985 RELATIVES A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES VEHICULES A MOTEUR ;
- LES ACCIDENTS SUBIS PAR L'ASSURE, SES SALAIRES OU PREPOSES PENDANT SES/LEURS FONCTIONS AINSI QUE PAR SES ASCENDANTS ET DESCENDANTS ;
- LES DOMMAGES CAUSES AUX OBJETS ET ANIMAUX APPARTENANT A L'ASSURE OU A SA FAMILLE, OU LUI AYANT ETE PRETES ;
- LES AMENDES ET FRAIS AFFERENTS POUVANT INCOMBER A L'ASSURE ;
- LES DOMMAGES CONSECUTIFS A L'USAGE DE L'ASSURE DE TOUT APPAREIL DE NAVIGATION AERIENNE ;
- LES DOMMAGES RESULTANT DE LA POLLUTION ;
- LES ECAILLURES, EBRECHURES ET ERAFLURES AUX APPAREILS SANITAIRES, AINSI QUE LES BRIS DE VAISSELLES ET LES DOMMAGES CAUSES A LA LITERIE.

SECTION 8 - DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat 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.

Activités sportives extrêmes : saut en parachute, vol à voile, ski de montagne ou snowboard hors des pistes balisées, spéléologie

et descente en rappel, sandboard, plongée à plus de 20 m de profondeur, wakeboard, flyboard, deltaplane, kitesurf, kayak (descente de rivière en embarcation monoplace — kayak), canyoning, zorbing, bocking, base jump, skateboard, VTT (descente en montagne sur un vélo spécial), « Bison-Track-Show » (course de tracteurs), le pöging, le saut à la corde (à l'aide d'une corde de sécurité spéciale depuis des objets en hauteur), le roofing (ascension de toits et de flèches de bâtiments élevés, difficiles d'accès et dangereux, sans dispositif de sécurité), l'alpinisme, le stunt riding, le trial, le trainsurfing, le freeboarding, le roller, les figures ou traversées à l'aide de vélos spéciaux, la participation à des régates, des courses automobiles, des courses de voitures ou toute autre forme de course.

Assuré : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Il s'agit de la personne physique ayant adhéré au contrat, acquittant sa cotisation et qui est scolarisé dans l'Ecole française ou qui appartient au personnel salarié de l'école.

Année d'assurance : année d'assurance contractuelle garantie par l'Organisme assureur débute le **1^{er} juin 2026** jusqu'au **30 juin 2027**. Le contrat d'assurance étant ensuite renouvelé chaque 1^{er} juillet.

Année de couverture : la première période de couverture garantie par l'Organisme assureur débute à la date figurant sur le Certificat d'adhésion et pour toute la durée restante de l'année scolaire, et au plus tard jusqu'au 31 août.

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.

Assisteur : personne morale qui se voit confier l'exécution des prestations d'Assistance pour le

compte de l'Organisme assureur. Dans le cadre de la présente couverture d'assurance, l'Assisteur est Mutuaide Assistance, 126 rue de la Piazza, CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX.

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

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

Certificat d'adhésion : Document émis par le Déléataire de gestion pour le compte de l'Organisme assureur matérialisant l'acceptation de la demande d'adhésion et précisant notamment les garanties accordées par l'organisme assureur et leur date de prise d'effet.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier la réalisation des actes de gestion pour le compte de l'Organisme assureur (appel de cotisations, règlement des prestations etc...). Dans le cadre du présent produit, le Déléataire de gestion est **GEODESK, 9 allée de l'Arche 92400 Courbevoie**.

Ecole Française : Ecole dans laquelle est scolarisé ou est salarié l'Adhérent afin de bénéficier du contrat.

Émeutes : tout mouvement accompagné de violences et dirigés contre l'autorité en vue d'obtenir des revendications politiques et sociales.

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

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.

Franchise : première partie des frais engagés par l'Adhérent qui n'est remboursée par l'Organisme assureur et qui est à la charge de l'Adhérent. La franchise s'applique sur les garanties [détailler les garanties soumises à une franchise]

Guerre : tout état d'hostilité entre au moins deux Etats différents s'affrontant par tous moyens et impliquant des destructions et/ou pertes réciproques matérielles, immatérielles et/ou corporelles.

Guerre civile : affrontements entre populations opposées d'une même nation et organisées en forces armées.

Grève : arrêt de travail collectif et concerté, partiel ou total, en vue d'appuyer des revendications professionnelles.

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 :

(i) Les séjours de plus de 24 heures pour des traitements médicaux ou des Interventions Chirurgicales en établissement public ou privé par suite d'un Accident ou d'une maladie uniquement lorsque celle-ci nécessite un rapatriement Sont alors couverts :

- l'Intervention chirurgicale et les frais de séjour correspondants,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectuées dans le cadre d'une Hospitalisation,
- le transport du malade entre le domicile du malade ou le lieu de l'Accident et

l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

(ii) Les séjours de moins de 24 heures en cas d'accident :

- de Chirurgie ambulatoire,
- d'actes de fibroscopie, coloscopie, endoscopie, ou
- de tout traitement de cancer, de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyses.

Les séjours de moins de 24 heures pour des actes établis dans les services d'urgence des hôpitaux ne donnant pas lieu à Intervention Chirurgicale, sont considérés comme des soins ambulatoires et ne rentrent pas dans le champ du poste Hospitalisation.

Les soins reçus aux services d'urgences pendant les 24 heures suivant un Accident ou une Maladie inopinée uniquement lorsque celle-ci nécessite un rapatriement, sans nécessité d'hospitalisation, sont pris en charge dans le poste « Soins ambulatoires ».

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.

Maladie : toute altération de la santé de l'Adhérent constatée par une autorité médicale compétente.

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.

Mouvements populaires : tout mouvement spontané ou concerté d'une foule désordonnée causant des dommages.

Organisme assureur : l'organisme qui couvre le risque garanti au titre de la notice d'information, objet du contrat, soit [MGEN Portugal, Companhia de Seguros, S.A, Compagnie d'assurance portugaise régulée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, avec un capital social de 7.500.000 euros, enregistrée sous le numéro

517503131, et dont le siège social est situé 11 Rua Duque de Palmela, Piso 1, A 1250-097, Lisbonne, Portugal. MGEN Portugal est contrôlé l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões et autorisé à exercer en France via la Libre prestation de services par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

Dans le cadre de ses activités, MGEN Portugal a accordé une délégation de distribution, de gestion et de souscription à VYV International Benefits Société par actions simplifiée au capital social de 1 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 813 361 441 RCS PARIS, inscrite en tant qu'intermédiaire d'assurance auprès de l'ORIAS sous le numéro 16002500, et dont le siège social est situé 3 Square Max-Hymans -75748 Paris Cedex 15, France.

Pays d'origine : est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport de l'Adhérent.

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 d'assurance.
- Certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut être appliqué par année d'assurance, ou par garantie (dentaire, maternité, optique, etc...).

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

à laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

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.

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.

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

Souscripteur : L'Association « LA COMPAGNIE DES EXPATRIES », Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, dont l'identifiant est le W383003788, et dont le siège social est situé 10 rue Général de Torquat 44 100 Nantes, qui a souscrit les contrats n°MGENIB1101041SAP auprès de l'Organisme assureur.

Terrorisme : tout acte comprenant, mais sans s'y limiter, le recours à la force ou à la violence et/ou la menace, par toute personne ou tout groupe de personnes, agissant seul ou au nom ou en liaison avec toute(s) organisation(s) ou tout(s) gouvernement(s), commis à des fins ou pour des motifs politiques, religieux, idéologiques,

ethniques ou similaires, y compris l'intention d'influencer tout gouvernement et/ou de faire peur au public ou à une partie du public.

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies uniquement lorsque celle-ci nécessite un rapatriement, infections ou blessures.

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.

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

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. 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.

Urgence médicale : événement médical inopiné.

- **DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :**

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommages immatériels : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de Dommages corporels ou matériels Adhérents.

Dommages matériels : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en frais réels, par bénéficiaire et par année d'assurance.

Les remboursements de frais médicaux sont effectués dès le premier euro (€), à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties.

Option A : SCOLAIRE et Trajet uniquement

Option B : SCOLAIRE, Trajet et EXTRASCOLAIRE

En l'absence ou à défaut de remboursement de l'assurance personnelle de l'élève, les remboursements seront effectués sur la base de 50% des frais engagés, dans la limite des plafonds de garanties.

FORMULES DES GARANTIES

FORMULE A

GARANTIES	CAPITAL ASSURE EN EUROS
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT	
♦ DECES accidentel	15 000 €
♦ INFIRMITE PERMANENTE TOTALE suite à accident réductible en cas d'INFIRMITE PERMANENTE PARTIELLE selon le Barème Compagnie Franchise relative 10%	45 000 €
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ATTACHES	
♦ Frais médicaux suite à accident et Hospitalisation	10 000 €
Garanties complémentaires suite à accident :	
♦ Dent ou Prothèse dentaire cassée	200 €
♦ Bris de lunettes, verres, monture ou lentilles	300 €
♦ Frais de prothèses et d'orthopédie (autres que dents et lunettes)	400 €
♦ Frais de transport	300 €
♦ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Allocation d'une année de scolarité en cas de décès du répondant financier	1 000 €
♦ Frais de recherche et de secours	750 € par Assuré et par sinistre
♦ Frais d'évacuation suite à accident de sport d'hiver	150 € par Assuré et par personne
GARANTIES ASSISTANCE et PRESTATIONS ATTACHEES	
En cas de Maladie ou d'Accident :	
♦ Rapatriement ou transport sanitaire	Frais réels
♦ Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire	Organisation et prise en charge d'un titre de transport

◆ Prise en charge des frais d'hospitalisation suite à accident ◆ Présence auprès de l'Assuré hospitalisé	10 000 € Prise en charge d'un titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
En cas de Décès : ◆ Rapatriement ou transport du corps en cas de décès ◆ Déplacement d'un membre de la famille pour reconnaissance de corps/inhumation provisoire	Frais réels Prise en charge du titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
Prestations attachées : ◆ Transmission de message ◆ Envoi de médicaments ◆ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Remise à niveau scolaire ◆ Ecoute et soutien psychologique	Frais réels Frais d'envoi 50 € par jour – maxi 2 000 € Frais réels
Soutien et Assistance Psychologique : ◆ Soutien de la famille à la suite du décès accidentel de l'assuré ◆ Assistance psychologique en cas de décès de l'assuré, suicide consommé ou tentative, harcèlement scolaire, invalidité permanente consécutifs à un accident garanti, en cas de dommages corporels consécutifs à un acte de terrorisme, sabotage, attentat, agression	5 appels de 30 min par personne et par événement Remboursement de consultations auprès d'un psychologue : 250 € par sinistre
GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE	
◆ Dommages corporels, matériels et immatériels ◆ Sauf USA/Canada Dont ◆ Dommages matériels et immatériels consécutifs avec une franchise absolue de 50 € par sinistre ◆ Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives	4 600 000 € par sinistre 750 000 € 300 000 € par sinistre Frais à la charge de l'Assureur, sauf dépassement du plafond de garantie en cause

FORMULE B

GARANTIES	CAPITAL ASSURE EN EUROS
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT	
◆ DECES accidentel	20 000 €
◆ INFIRMITE PERMANENTE TOTALE suite à accident réductible en cas d'INFIRMITE PERMANENTE PARTIELLE selon le Barème Compagnie	75 000 €
Franchise relative 10%	
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ATTACHES	

♦ Frais médicaux suite à accident et Hospitalisation Garanties complémentaires suite à accident : ♦ Dent ou Prothèse dentaire cassée ♦ Bris de lunettes, verres, monture ou lentilles ♦ Frais de prothèses et d'orthopédie (autres que dents et lunettes) ♦ Frais de transport ♦ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Allocation d'une année de scolarité en cas de décès du répondant financier	20 000 € 400 € 400 € 600 € 300 € 1 500 €
♦ Frais de recherche et de secours ♦ Frais d'évacuation suite à accident de sport d'hiver	750 € par Assuré et par sinistre 150 € par Assuré et par personne
GARANTIES ASSISTANCE et PRESTATIONS ATTACHEES	
En cas de Maladie ou d'Accident : ♦ Rapatriement ou transport sanitaire ♦ Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire ♦ Prise en charge des frais d'hospitalisation suite à accident ♦ Présence auprès de l'Assuré hospitalisé	Frais réels Organisation et prise en charge d'un titre de transport 20 000 € Prise en charge d'un titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
En cas de Décès : ♦ Rapatriement ou transport du corps en cas de décès ♦ Déplacement d'un membre de la famille pour reconnaissance de corps/inhumation provisoire	Frais réels Prise en charge du titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
Prestations attachées : ♦ Transmission de message ♦ Envoi de médicaments ♦ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Remise à niveau scolaire ♦ Ecoute et soutien psychologique	Frais réels Frais d'envoi 50 € par jour – maxi 2 000 € Frais réels
Soutien et Assistance Psychologique : ♦ Soutien de la famille à la suite du décès accidentel de l'assuré ♦ Assistance psychologique en cas de décès de l'assuré, suicide consommé ou tentative, harcèlement scolaire, invalidité permanente consécutifs à un accident garanti, en cas de dommages corporels consécutifs à un acte de terrorisme, sabotage, attentat, agression	5 appels de 30 min par personne et par événement Remboursement de consultations auprès d'un psychologue : 250 € par sinistre
GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE	
♦ Dommages corporels, matériels et immatériels ♦ Sauf USA/Canada - Dont ♦ Dommages matériels et immatériels consécutifs avec une franchise absolue de 50 € par sinistre	4 600 000 € par sinistre 750 000 € 300 000 € par sinistre

♦ Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives	Frais à la charge de l'Assureur, sauf dépassement du plafond de garantie en cause
---	---

FORMULE C

GARANTIES	CAPITAL ASSURE EN EUROS
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT	
♦ DECES accidentel	30 000 €
♦ INFIRMITE PERMANENTE TOTALE suite à accident réductible en cas d'INFIRMITE PERMANENTE PARTIELLE selon le Barème Compagnie Franchise relative 10%	105 000 €
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ATTACHES	
♦ Frais médicaux suite à accident et Hospitalisation Garanties complémentaires suite à accident :	40 000 €
♦ Dent ou Prothèse dentaire cassée	600 €
♦ Bris de lunettes, verres, monture ou lentilles	600 €
♦ Frais de prothèses et d'orthopédie (autres que dents et lunettes)	1 000 €
♦ Frais de transport	300 €
♦ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Allocation d'une année de scolarité en cas de décès du répondant financier	2 500 €
♦ Frais de recherche et de secours ♦ Frais d'évacuation suite à accident de sport d'hiver	750 € par Assuré et par sinistre 150 € par Assuré et par personne
GARANTIES ASSISTANCE et PRESTATIONS ATTACHEES	
En cas de Maladie ou d'Accident :	
♦ Rapatriement ou transport sanitaire ♦ Accompagnement lors du rapatriement ou du transport sanitaire	Frais réels Organisation et prise en charge d'un titre de transport 40 000 €
♦ Prise en charge des frais d'hospitalisation suite à accident ♦ Présence auprès de l'Assuré hospitalisé	Prise en charge d'un titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
En cas de Décès :	
♦ Rapatriement ou transport du corps en cas de décès	Frais réels
♦ Déplacement d'un membre de la famille pour reconnaissance de corps/inhumation provisoire	Prise en charge du titre de transport (classe éco) + Frais d'hôtel à concurrence de 100 €/nuit – maxi 700 €
Prestations attachées :	
♦ Transmission de message ♦ Envoi de médicaments ♦ GARANTIE UNIQUEMENT POUR LES ELEVES : Remise à niveau scolaire ♦ Ecoute et soutien psychologique	Frais réels Frais d'envoi 50 € par jour – maxi 2 000 € Frais réels

Soutien et Assistance Psychologique :	
♦ Soutien de la famille à la suite du décès accidentel de l'assuré	5 appels de 30 min par personne et par événement
♦ Assistance psychologique en cas de décès de l'assuré, suicide consommé ou tentative, harcèlement scolaire, invalidité permanente consécutifs à un accident garanti, en cas de dommages corporels consécutifs à un acte de terrorisme, sabotage, attentat, agression	Remboursement de consultations auprès d'un psychologue : 250 € par sinistre
GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE	
♦ Dommages corporels, matériels et immatériels	4 600 000 € par sinistre
♦ Sauf USA/Canada	750 000 €
Dont	
♦ Dommages matériels et immatériels consécutifs avec une franchise absolue de 50 € par sinistre	300 000 € par sinistre
♦ Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives	Frais à la charge de l'Assureur, sauf dépassement du plafond de garantie en cause