

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : Malakoff Humanis Assurances et SwissLife Prévoyance et Santé

Entreprises d'assurance immatriculées en France et régies par le Code des Assurances

Produit : EXPAT' INDIVIDUEL – FRAIS DE SANTÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance santé « Expat' Individuel – Frais de santé » souscrit par l'Association Malakoff Humanis Mobilité Internationale est destiné à couvrir les membres adhérents expatriés, âgés de moins de 62 ans à la date d'adhésion, à l'exclusion de ceux ayant le statut de retraité. Il a pour objectif de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés, en au 1^{er} euro en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de couverture choisi et figurent dans le tableau de garanties. Les garanties sont plafonnées à un montant maximal par an et par bénéficiaire de 500 000 € et ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. En fonction des plafonds, une somme peut rester à votre charge.

Dans les cas et conditions fixés au contrat, l'adhésion est soumise à des formalités médicales.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique** : les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et les actes de laboratoires, les frais de séjour, l'hospitalisation à domicile, chambre particulière, forfait journalier en France ;
- ✓ **Frais de transport terrestre** en cas d'urgence jusqu'à l'établissement de santé approprié ;

Les garanties additionnelles en fonction du niveau de garantie

Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique : Forfait accompagnant d'un parent dans le cadre de l'hospitalisation d'un enfant Bénéficiaire de moins de 12 ans ;
Pratiques médicales courantes : consultations médicales, examens médicaux, médicaments prescrits, Procréation Médicalement Assistée ;
Appareillage : prothèses orthopédiques, médicales et auditives ;
Cures thermales : frais de transport et d'hébergement.
Maternité : frais d'accouchement ;
Frais dentaires : soins dentaires, prothèses et implants dentaires, orthodontie ;
Optique : lunettes (montures et verres) et lentilles ;
Médecine alternative : actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les acupuncteurs, les podologues et les diététiciens ;

Les garanties annexes

- ✓ **Assistance et assurance bagages**
Responsabilité civile (systématiquement prévue ou optionnelle en fonction du niveau de garantie).

🕒 Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;
- × Les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

- ! Les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel ;
- ! Les conséquences des sports ou activités de loisirs suivants : le saut à ski, l'alpinisme, le ski nautique, la plongée ou la pêche sous-marine au-delà de 20 mètres, la chasse, les sports de combat ou arts martiaux non pratiqués dans un club, le canyoning et le rafting ;
- ! Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période d'assurance ;
- ! Les frais liés à des consultations externes en psychologie, psychothérapie et psychanalyse et plus généralement aux maladies mentales et nerveuses ;
- ! Les frais qui n'auraient pas été pris en charge par la Sécurité Sociale française, sauf expressément garantis au titre du contrat selon le niveau de garanties choisi ;
- ! Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été effectuée dans des conditions ne respectant pas les dispositions contractuelles ou a été refusée.

Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique** : les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus (30 jours par an en cas d'hospitalisation psychiatrique).
- ! **Frais dentaires** : le traitement d'orthodontie entrepris après l'âge de 16 ans.
- ! **Maternité** : les frais liés à une grossesse dont la date d'estimation de début de grossesse est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion/affiliation du bénéficiaire.
- ! **Toutes les garanties** : un délai de carence peut être appliqué à la date d'effet des garanties.



Où sont couverts les assurés ?

Les assurés et les membres de leur famille, bénéficiaires du contrat frais de santé, sont couverts dans la zone géographique choisie, dont fait partie leur Pays de d'expatriation, et telle que déclarée et précisée sur l'attestation d'assurance.



Quelles sont les obligations des assurés ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle du souscripteur entraîne la nullité de l'adhésion au contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

À la souscription :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par le gestionnaire du contrat ;
- Régler la première cotisation.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au remboursement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements au gestionnaire du contrat dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins.
- Informer le gestionnaire du contrat de toute modification affectant une donnée le concernant, tels que le changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale, changement de profession.
- Fournir, annuellement, à compter du 67^{ème} anniversaire de l'assuré, un justificatif de sa situation actant la non-liquidation d'une pension vieillesse de base ou complémentaire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, doivent être réglées d'avance, en euro, trimestriellement.

Elles sont payables, notamment par prélèvement automatique, dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom du gestionnaire du contrat.

Les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par l'assuré.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion. L'adhésion au contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. L'adhésion au contrat est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction, chaque 1er janvier.

L'adhésion au contrat prend fin de plein droit :

- A la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie de la catégorie assurable, exception faite de son âge et notamment en cas de démission ou d'exclusion de l'Association souscriptrice du contrat ;
- A la date de liquidation d'une pension vieillesse de base ou complémentaire
- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur, sous réserve des dispositions prévues au titre à la continuité de la couverture par l'assureur non démissionnaire dans le cadre de la co-assurance ;
- Au plus tard, pour les éventuels membres de la famille bénéficiaire du contrat, à la fin du 3^{ème} mois civil suivant le décès de l'assuré ;
- En cas de résiliation du contrat par l'Assureur ou l'Association.

Délais de rétractation :

Si l'assuré a adhéré à distance, il dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai court à compter de la date d'effet de l'adhésion ou à la date de réception du Certificat d'adhésion si celui-ci est reçu après l'adhésion au contrat.



Comment résilier l'adhésion au contrat ?

L'Assuré peut mettre fin à l'adhésion :

- Au 31 décembre de chaque année, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre ;
- À tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'1 an à compter de l'adhésion. La cession de l'adhésion prend effet à défaut d'accord de l'Assuré ou de l'Assureur 1 mois après la réception par l'Assureur de la notification de l'Assuré.
- Au 1er jour du mois suivant la notification à l'Assureur, en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis sous réserve que cette demande soit faite dans les 3 mois de l'évènement.

L'Assuré peut résilier l'adhésion notamment par lettre, envoi recommandé électronique, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 113-14 du Code des Assurances français.

MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES Société Anonyme régie par le Code des assurances français au capital social de 23 565 660 € entièrement libéré, RCS de Paris n°447 883 661 - Siège social : 21 Rue Laffitte 75009 PARIS

SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE Société Anonyme, régie par le Code des assurances français au capital social de 150 000 000€ entièrement libéré, RCS de NANTERRE n° 322 215 021 – Siège social : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret